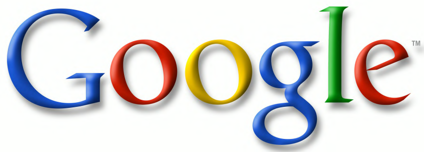


Handbuch der Sozialen Medizin
herausg. von M. Fürst u. F. Windscheid

Zweiter Band

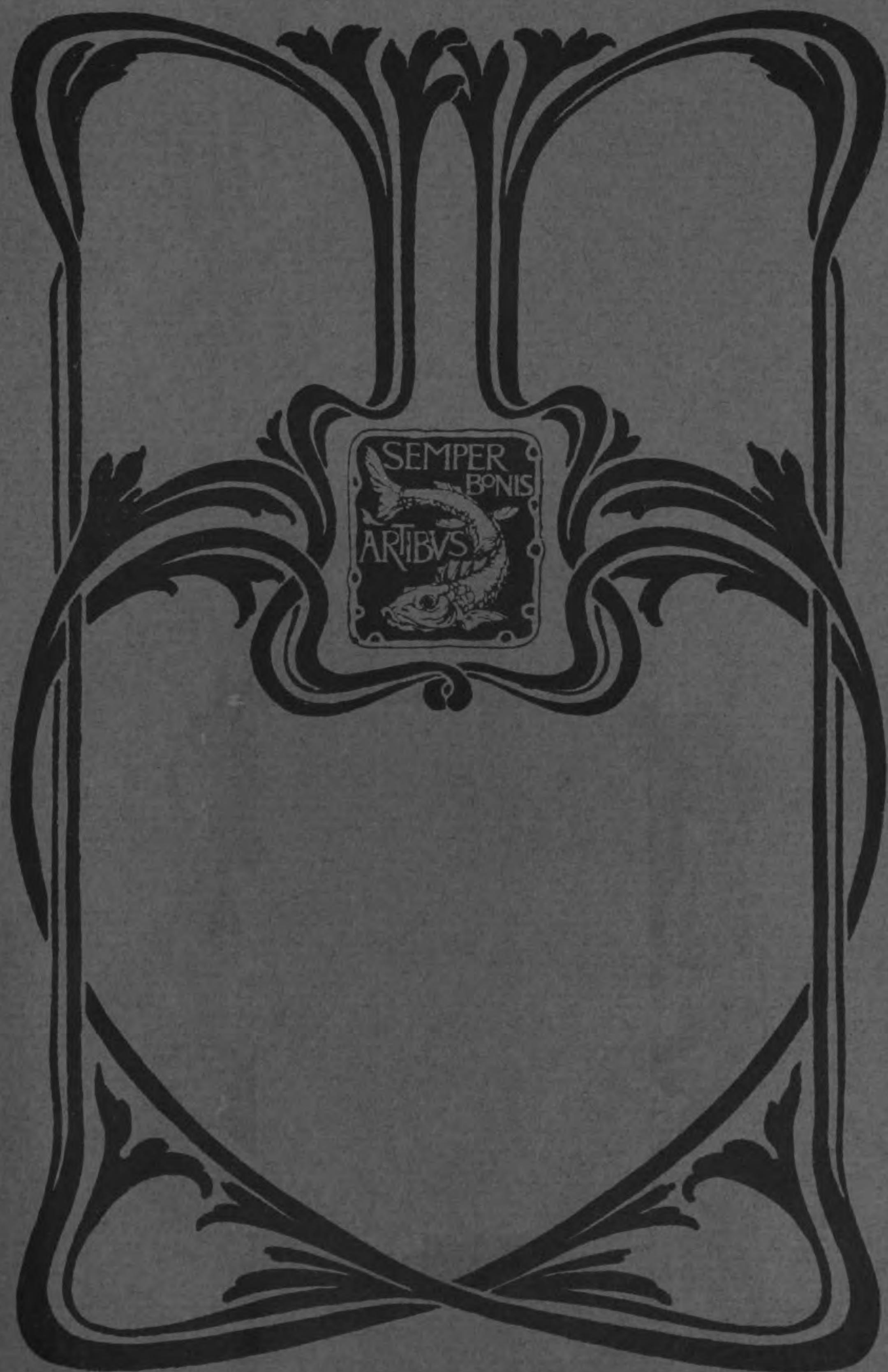
K. Jaffé, Stellung und Aufgaben des Arztes auf dem Gebiete der Krankenversicherung



Jena
Gustav Fischer
1903


SEMPER
BONIS
ARTIBVS


VE
RI
TAS


SEMPER BONIS ARTIBVS



Handbuch
der
Sozialen Medizin.

Bearbeitet von

Regierungs- und Medizinalrat Dr. **Abel** in Oppeln, Professor Dr. **Aschaffenburg** in Halle a. S., Professor Dr. **Bettmann** in Heidelberg, Dr. **Heinrich Embden** in Hamburg, Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. **Friedheim** in Wandsbeck, Dr. **Moritz Fürst** in Hamburg, Sanitätsrat Dr. **Henius** in Berlin, Dr. **K. Jaffé** in Hamburg, Oberarzt Dr. **F. Jessen** in Hamburg, Oberarzt Dr. **Ilberg** in Großschweidnitz, Privatdozent Dr. **Lange** in Leipzig, Dr. **R. Lennhoff** in Berlin, Professor Dr. **Mendelsohn** in Berlin, Physikus und Hafenarzt Dr. **Nocht** in Hamburg, Oberarzt Dr. **Nonne** in Hamburg, Dr. **Joh. Ritter** in Geesthacht, Dr. **Schmalfuss** in Hamburg, Professor Dr. **Th. Sommerfeld** in Berlin, Dr. **Sudeck** in Hamburg, Professor Dr. **Windscheid** in Leipzig.

Herausgegeben von

Dr. Moritz Fürst, Arzt in Hamburg, und **Dr. F. Windscheid**, Professor in Leipzig.

Zweiter Band.

Stellung und Aufgaben des Arztes auf dem Gebiete der Krankenversicherung.



Jena,
Verlag von Gustav Fischer.
1903.

Stellung

und

Aufgaben des Arztes

auf dem Gebiete der

Krankenversicherung.

Task of Physician in Sickness Insurance.

Von

Dr. med. Karl Jaffé,

Arzt in Hamburg.



Jena,

Verlag von Gustav Fischer.

1903.

Uebersetzungsrecht vorbehalten.

Vorwort.

Die Stellung des Arztes und seine Aufgaben auf dem Gebiete der Krankenversicherung beschäftigen heute mehr, denn je zuvor, die beteiligten ärztlichen und auch nichtärztlichen Kreise in Deutschland. Während früher aus jenen Kreisen wenig oder gar nichts an die große Oeffentlichkeit drang, und nur die Fachblätter ihre Leser über die Wünsche und Forderungen der Aerzte hier und da unterrichteten, ist durch die Bemühungen des Leipziger wirtschaftlichen Verbandes der Aerzte und mehr noch durch die Verhandlungen des Reichstages bei der Beratung der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz im April d. J. das öffentliche Interesse auf das Verhältnis der Aerzte zu den Krankenkassen aufmerksam geworden. Die Welt erfuhr bei dieser Gelegenheit, daß dies Verhältnis durchaus nicht so harmonisch war, wie allgemein geglaubt wurde, und daß besonders die Aerzte der freien Hilfs- und Ortskrankenkassen über Bedrückung in politischer und sonstiger Beziehung, mißbräuchliche Ausnützung ihrer Kräfte und klägliche Bezahlung vielfach Klage führten. Das geringe Entgegenkommen, das die Aerzte bei den beteiligten Kreisen mit ihren Klagen fanden, hat sie veranlaßt, sich selbst zusammenzuschliessen und zu versuchen, durch die Macht der Organisation zu erreichen, was auf dem Wege der Petitionen und Resolutionen fehlgeschlagen war. Dadurch aber, das die Arztfrage bei den Krankenkassen zu einer Macht- und Parteifrage wurde, hat sie den sozialwissenschaftlichen Boden verlassen, dem die folgenden Blätter, wie das ganze vorliegende Handbuch, dienen sollen. Der Leser erwarte daher nicht eine Stellungnahme für oder gegen die Forderungen der Aerzte in Bezug auf die Krankenversicherung. Mein Plan bei Abfassung dieses Buches war vielmehr, das bisher äußerst zerstreute Material über die Stellung und Aufgabe des Arztes bei seiner Tätigkeit auf dem Gebiete der Krankenversicherung zusammenzufassen und übersichtlich darzustellen, wobei ich, soweit es der Gegenstand irgend ermöglichte, mich vollster Objektivität zu befleißigen suchte. Das Buch soll versuchen, jedem gebildeten Leser,

der sich für den Gegenstand interessiert, sei er Arzt oder Laie, wie ich dies in der Einleitung näher ausgeführt habe, einen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Frage zu geben. Eine analoge Zusammenstellung existiert meines Wissens bisher noch nicht. Der vortreffliche ärztliche Kommentar zum K.V.G. von Mugdan beschäftigt sich seiner Anlage nach vorwiegend mit der Erläuterung der Gesetzesbestimmungen und bespricht nur besonders ausführlich noch die für Aerzte wünschenswerten Aenderungen des Gesetzes in Bezug auf ihre Stellung zu den Krankenkassen. Der „Kassenarzt" von Thiersch (1895 erschienen) beschränkt sich auf einige wesentliche Punkte der kassenärztlichen Tätigkeit und ist nur ein, wenn auch zuverlässiger und recht brauchbarer, Wegweiser für den angehenden Kassenarzt. Sonstige Werke, welche den Gegenstand als ganzes behandeln, existieren, wenigstens in Deutschland, nicht. Ich verhehle mir daher auch nicht, daß die folgenden Blätter, welche ein bisher nur zerstreut vorhandenes Material zum ersten Male einheitlich zu behandeln versuchen, noch manche Lücken und Unvollkommenheiten aufweisen, für die ich die Nachsicht des Lesers erbitte. Besonders spärlich flossen die Quellen für die außerdeutsche Krankenversicherung, bei denen ich außer für Oesterreich, Frankreich und England vorwiegend auf die Werke Bödikers und Zachers angewiesen war.

Das statistische Material für unseren Gegenstand, das nur die Aerzte selbst liefern können, genügt bis jetzt noch lange nicht, um die ärztliche Seite der Krankenversicherung erschöpfend darzustellen. Erst in den letzten Jahren haben wir einige wertvolle Arbeiten in dieser Hinsicht erhalten, unter denen ich die Zusammenstellungen von Krug für Hessen und Lindemann für Augsburg besonders hervorhebe. In dieser Beziehung befinden wir uns erst in den Anfängen einer brauchbaren Berichterstattung. Aber bei dem wachsenden Interesse der deutschen Aerzte für soziale Medizin steht zu hoffen, daß sie selbst sich mehr und mehr an dieser für unseren Stand so wichtigen Arbeit mitbeteiligen werden. Den Sammelplatz für alle solche Bestrebungen, die in wissenschaftlicher Weise am Ausbau der sozialen Medizin mithelfen wollen, werden die vorhandenen sozialwissenschaftlichen Blätter, wie die Soziale Praxis, Medizinische Reform, die neu erscheinende Monatsschrift für soziale Medizin u. ä. bilden.

Möge der vorliegende Band des Handbuchs zur Betätigung an dieser Arbeit eine kleine Anregung geben!

Hamburg, im August 1903.

Karl Jaffé.

Inhalt.

Seite

III. Kapitel.

Kurzer Ueberblick über die Organisation der Krankenversicherungsgesetzgebung.

IV. Kapitel.

Die Stellung des Arztes in der Krankenversicherung.

V. Kapitel.

Die Aufgaben des Arztes auf dem Gebiete der Krankenversicherung.

VI. Kapitel.

Die freie Arztwahl in der Kassenpraxis.

Zweiter Abschnitt.

Die Krankenversicherung in den außerdeutschen europäischen Staaten.

Einleitung.

In der vortrefflichen Denkschrift für die Pariser Weltausstellung 1900 über Einrichtung und Wirkung der deutschen Arbeiterversicherung von LASS und ZAHN heißt es in Bezug auf die Mitwirkung der Aerzte bei der Durchführung der Arbeiterversicherung (S. 72):

„An der Durchführung der Arbeiterversicherung haben die Aerzte in erheblichem Umfange mitzuwirken. Eine gedeihliche Verwaltung und gute Rechtsprechung auf diesem Gebiete beruht zu nicht geringem Teile auf deren Mitwirkung. Die Arbeiterversicherung hat den Aerztestand vor eine neue und schwierige Aufgabe gestellt. Der Arzt ist heute nicht mehr der Mann, welcher lediglich für seine Kranken tätig ist, Krankheiten heilt oder zu verhüten sucht; er hat vielmehr in weitem Umfange als ärztlicher Sachverständiger im Interesse einer großen Verwaltung tätig zu sein. Von seinen Kenntnissen und seiner Gewissenhaftigkeit hängt jetzt das Wohl und Wehe einer ganzen Bevölkerungsklasse — der Arbeiterbevölkerung — ab. Den deutschen Aerzten gereicht es zur Befriedigung, in hervorragendem Maße an einem Werke mitarbeiten zu können, das den humanen Aufgaben, denen der ärztliche Stand sich widmet, entspricht."

Diese Sätze, angewandt auf die Krankenversicherung, haben mir bei Abfassung der vorliegenden Arbeit als Leitsätze vorgeschwebt. Der Arzt, welcher bei Krankenkassen tätig ist, gleichviel ob er von den Mitgliedern frei gewählt werden kann oder festangestellt ist, übernimmt damit ein Amt, das von seiner Tätigkeit als Privatarzt in vielfacher Beziehung abweicht. Als Privatarzt hat er es nur mit seinem Kranken zu tun, mit dem er, juristisch gesprochen, einen Vertrag abgeschlossen hat, dahin gehend, ihm zur Wiederherstellung seiner Gesundheit behilflich zu sein. Als Arzt der Krankenkasse aber besteht überhaupt kein Vertrag zwischen ihm und den Erkrankten, sondern nur zwischen Arzt und den Vertretern der Kasse. Er ist mithin, auch bei der beschränkten und bedingten freien Arztwahl, in gewissem Sinne Beamter der Kasse geworden und hat als solcher neben der Krankenbehandlung eine Anzahl sonstiger Pflichten, wie sie unter anderen Verhältnissen ärztliche Beamte, als Polizei-, Kreis-, Gerichts-, Schulärzte u. a. m., zu haben pflegen.

Die ärztliche Tätigkeit bei den Krankenkassen zerfällt daher außer der Krankenbehandlung in eine Sachverständigentätigkeit, die nur durch genaue Kenntnisse der einschlägigen Gesetzgebung, und eine kassentechnische Spezialtätigkeit, die

nur durch längere Uebung und Erfahrung erfolgreich ausgeübt werden kann. Für beide Arten der Tätigkeit soll die vorliegende Arbeit ein Wegweiser und Berater sein. Um diesen Zweck zu erreichen, werden wir zunächst, nach kurzem geschichtlichen Ueberblick, den gegenwärtigen Stand der Krankenversicherungs-Gesetzgebung in Deutschland im Urtext bringen, der sich die Darstellungen der Stellung und Aufgaben des Arztes auf dem Gebiet der Krankenversicherung anschließen. Der für die deutschen Aerzte besonders wichtigen Frage über die freie Arztwahl in der Kassenpraxis ist ein eigenes Kapitel gewidmet.

Der 2. Teil unserer Arbeit bringt, getreu dem Plane dieses Handbuches, eine kurze Darstellung der außerdeutschen Krankenversicherung, wobei auf Oesterreich besonders Rücksicht genommen wurde, da die dortigen Verhältnisse in mannigfacher Beziehung den unseren gleichen, aber teilweise sich in ganz anderer Richtung entwickelt haben.

Das Buch ist in erster Linie für jüngere Aerzte geschrieben, die sich auf dem Gebiete der Kassenpraxis betätigen wollen. Doch hoffe ich, daß auch der ältere und auf diesem Gebiete schon erfahrenere Arzt hin und wieder aus Angaben Nutzen ziehen wird, die aus einer nahezu 20-jährigen ärztlichen Tätigkeit bei verschiedenen Krankenkassen entstanden sind. In zweiter Linie hoffen wir aber auch, daß Nichtärzte, die sich für unseren Gegenstand interessieren, von dem Inhalt dieses Buches Kenntnis nehmen werden. Dazu gehören in erster Linie die Vorstände der Krankenkassen selbst, die Behörden und Verwaltungen, denen die Krankenkassen oder deren Aufsicht unterstellt sind, und die Beamten, welche mit Krankenkassen zu tun haben.

Wer die einschlägige ärztliche und nichtärztliche Literatur verfolgt hat, der findet auf beiden Seiten oft Auffassungen über die Stellung und Aufgaben des Arztes, die nur auf Unkenntnis und Mißverstand der einschlägigen Verhältnisse beruhen. Diese Auffassungen haben mehrfach einen Riß zwischen Aerzten und Krankenkassen hervorgerufen, der in der Neuzeit leider mehr denn je klafft und beiden Teilen nur zum Schaden gereichen kann. Wir befinden uns augenblicklich in einem solchen Uebergangsstadium, dessen Ende heute noch nicht abzusehen ist. Besonders ist es die Frage der freien Arztwahl, welche die Mehrzahl der deutschen Aerzte erstrebt, die Mehrzahl der Krankenkassen zur Zeit noch ablehnt. Das vorliegende Buch soll aber weder eine Partei-, noch Agitationsschrift sein, sondern zeigen, welche Aufgaben dem Arzte auf dem Gebiete der Krankenversicherung zufallen und welche Stellung er dabei einzunehmen hat. Nach unserer festen Ueberzeugung ist eine ersprießliche und für die Kranken segensreiche Tätigkeit des Arztes nur denkbar, wenn beide in Betracht kommenden Faktoren, Aerzte und Krankenkassenvorstände, Hand in Hand arbeiten. Möge es der Zukunft gelingen, diesen erstrebenswerten Zustand in einer beide Teile befriedigenden Weise wieder herbeizuführen, und mögen dieselben den alten ärztlichen Spruch sich stets als Devise vorhalten: Aegroti salus suprema lex esto! Das Wohl des Kranken sei unser höchstes Gesetz!

Erster Abschnitt.

Die Krankenversicherung in Deutschland.

I. Kapitel.

Geschichtliches über die deutsche Krankenversicherung.

Die Krankenversicherung der Arbeiter, welche bei uns in Deutschland zur Zeit durch das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883-10. April 1892/25. Mai 1903 geregelt ist, weist verschiedene Vorläufer auf, die wir kurz erwähnen wollen.

Zweck der Krankenversicherung ist die Unterstützung in Krankheitsfällen. Dieser Zweck kann auf dreierlei Art erreicht werden:

1) durch staatliche Fürsorge,
2) durch Fürsorge des Arbeitgebers,
3) durch genossenschaftliche Fürsorge.

Vor Erlaß des K.V.G. war die staatliche Fürsorge nur äußerst mangelhaft. Sie beschränkte sich auf die Armenpflege und die süddeutsche Krankenpflegeversicherung in Bayern, Baden und Württemberg. Die letztere ermächtigte die Gemeinden, von den Dienstboten, Gewerbegehilfen, Lehrlingen, Fabrik- und sonstigen Lohnarbeitern, die unselbständig waren, einen regelmäßigen Wochenbeitrag bis zu 3 Kreuzern (15 Pf.) zu erheben, für den die Dienstherrschaften oder Arbeitgeber hafteten. Dafür hatten die Versicherten Anspruch auf Krankenhilfe bis zu 13 (in Baden 8) Wochen. Diese Hilfe stellte keine Armenunterstützung, sondern eine gesetzliche Gegenleistung dar.

Die Fürsorge des Arbeitgebers war in verschiedenen deutschen Staaten für das Gesinde, die Schiffsmannschaft und die Handlungsgehilfen geregelt, entbehrte jedoch allgemein gültiger Bestimmung. Erst durch das preußische Haftpflichtgesetz vom 3. November 1838 und das deutsche Haftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871 wurde ein Teil der Erkrankten, soweit es sich um Folgen von Unfällen handelte, vor letzteren geschützt.

Die genossenschaftliche Fürsorge erfreute sich schon vor Erlaß des K.V.G. einer nicht unerheblichen Verbreitung in Deutsch-

land und hat in ihren Einrichtungen zum Teil als Vorbild für das Gesetz dienen können. Als Organe solcher Fürsorge dienten seit langer Zeit die sog. Krankenkassen, d. h. Anstalten, welche den Zweck haben, ihren Mitgliedern in Krankheitsfällen die erforderliche Hilfe zu gewähren. Man unterschied dabei Berufskassen, welche nur Angehörige eines bestimmten Berufes aufnahmen, und allgemeine Krankenkassen, die jedermann zugänglich waren und in England schon seit dem 17. Jahrhundert existierten. Die Berufskassen waren in Deutschland seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts schon sehr verbreitet und umfaßten große Kategorien gewerblicher Arbeiter. Man unterschied schon damals sog. freie Hilfskassen und Kassen, die auf Grund eines Kassen- oder Versicherungszwanges errichtet waren. In Preußen war z. B. der Kassenzwang für Bergleute seit 1854 und bezw. 1865 durch das Berggesetz bei den Knappschaften geregelt. Das preußische allgemeine Landrecht legte den Gemeinden die Verpflichtung auf, für erkrankte Gesellen zu sorgen, wenn dieselben nicht in freien Kassen versichert waren. Ebenso erteilte die Gewerbeordnung von 1845 den Gemeinden das Recht, die Ortskasse für Handwerksgehilfen, eine Verordnung von 1849, die Ortskasse für Fabrikarbeiter als Zwangskassen zu erklären. Solche Zwangskassen treffen wir in Preußen, Hannover, Hessen, Schleswig-Holstein, Sachsen, Thüringen, Braunschweig, Mecklenburg, Hamburg. Ende 1868 bestanden in den alten Provinzen Preußens:

2355	Kassen	für Handwerksgesellen mit 282 925 Mitgliedern und einem Vermögen von 720 553 M.
1257	„	für Fabrikarbeiter mit 315 311 Mitgliedern und einem Vermögen von 4 494 312 M.
112	„	für Handwerksgesellen und Fabrikarbeiter mit 29 431 Mitgliedern und einem Vermögen von 146 115 M.

In Hamburg schrieb das Gewerbegesetz vom Jahre 1864 vor, daß jeder „Geschäftsarbeiter“, womit die gewerblichen Hilfsarbeiter gemeint waren, einer Krankenkasse beizutreten habe. Der Arbeitgeber war dafür verantwortlich, daß sein Personal dieser Verpflichtung genügte und die Beiträge regelmäßig entrichtete, widrigenfalls er selbst sämtliche Pflege, Unterhaltungs- und Beerdigungskosten vergüten mußte. In Bayern wurden 1869 die Gemeinden zur Fürsorge erkrankter Arbeiter verpflichtet, zugleich ihnen aber auch das Recht zur zwangsweisen Beitragserhebung erteilt.

Neben diesen verschiedenen Zwangskassen entwickelten sich nun die freien Kassen in immer größerer Ausdehnung, und bei dem Mangel an einer für Deutschland gesetzlichen Grundlage über die Ausdehnung und Befugnisse solcher Kassen machte sich das Bedürfnis nach einem dahin gehenden Gesetz immer fühlbarer. Diesem Mangel wurde durch das „Reichsgesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen vom 7. April 1876, kurz das „Hilfskassengesetz“ genannt, abgeholfen, das bei seiner Entstehung einem doppelten Zwecke diente. Es sollte erstens den Kassen, welche Mitglieder freiwillig aufnehmen wollten, eine rechtliche Basis geben, und zweitens die Durchführung einer Versicherungspflicht ermöglichen, soweit dieselbe durch die Abänderung der Gewerbeordnung vom 8. April 1876 eingeführt worden war. Das H.K.G. setzte für die freien Hilfskassen Minimal- und Maximalleistungen fest. Erstere bestanden in der Gewährung eines Krankengeldes in der Höhe von $^1/_3$—$^1/_2$ des durch-

schnittlichen gewöhnlichen Tagelohnes für mindestens 13 Wochen, falls die Arbeitsfähigkeit nicht früher wieder eintrat. Als Maximalleistung wurde das 5-fache der Minimalleistung bezeichnet. Eine Karenzzeit bis zum Beginne der Unterstützung wurde auf 13 Wochen festgesetzt. Die Organisation der Kassen sollte auf genossenschaftlicher Selbstverwaltung beruhen, dagegen Arbeitgebern, welche Zuschüsse leisteten, das Recht zur Beteiligung eingeräumt werden.

Das H.K.G. hat zuerst in Deutschland das Krankenkassenwesen zu regeln versucht, ohne darum aber den Arbeiter genügend zu schützen. Es gab damals in Deutschland freie Kassen neben Zwangskassen und Kassenzwang, und der Arbeiter, der an einem Ort vielleicht hinlänglich gegen Krankheit versichert und geschützt war, konnte beim Wechsel des Wohnorts der Eventualität ausgesetzt sein, in Erkrankungsfällen auch das Mindestmaß der Unterstützung zu entbehren. Diesem Mangel wurde erst durch das K.V.G. vom Jahre 1883 abgeholfen, das einen allgemeinen Kassenzwang zunächst für alle Arbeiter gewerblicher Betriebe einführte. Damit mußte aber das H.K.G. aufgehoben oder wesentlich verändert werden, da es vielfache Bestimmungen enthielt, die dem K.V.G. entgegenstanden. So entstand eine neue Fassung des H.K.G. vom 1. Juni 1884, die teils überflüssige Paragraphen des ursprünglichen Gesetzes beseitigte, teils entgegenstehende Bestimmungen abänderte. Wir werden an späterer Stelle (S. 36) den noch jetzt gültigen Text des H.K.G. in der Fassung vom 1. Juni 1884 bringen.

Ueber die Stellung der Aerzte zu den Krankenkassen ist vor Erlaß des K.V.G. nicht viel in die Oeffentlichkeit gedrungen. Viele Kassen gewährten ihren Mitgliedern überhaupt keine freie ärztliche Behandlung, sondern nur Kranken- und Sterbegeld, andere, sogen. Totenladen, nur das letztere. Eine freie Arztwahl in dem Sinne, den wir heute darunter verstehen, d. h. daß jeder Arzt, der im Geschäftsgebiete einer Kasse wohnt und Kassenpraxis treiben will, dies unter bestimmten, zwischen ihm oder seinen Beauftragten und der Kassenverwaltung vereinbarten Bedingungen tun kann, und bei der jedem Kassenmitgliede im Krankheitsfalle die Wahl unter diesen Aerzten frei steht, existierte nirgends. Es handelte sich bei solchen Kassen, die freie ärztliche Behandlung gewährten, um einen oder mehrere fest angestellte, sog. fixierte Aerzte, die für ein festes Jahrgehalt die Behandlung der erkrankten Mitglieder übernahmen. Eine der größten derartigen Kassen war z. B. der Gewerkskrankenverein in Berlin, der seit 1846 existiert und nur fixierte Aerzte hatte. Im Jahre 1883, kurz vor Erlaß des K.V.G. hatte derselbe 44 Aerzte angestellt, die ein Jahreshonorar von 900—1200 M. bezogen, und von denen jeder im Maximum 1400 Mitglieder zu behandeln hatte. Der ganze Verein umfaßte 70 gewerbliche und Fabrikarbeiterkassen mit ca. 90 000 Mitgliedern. — Aus dem Reg.-Bez. Düsseldorf liegt vom Jahre 1883, also ebenfalls vor Erlaß des K.V.G., eine Zusammenstellung über die dortigen ärztlichen Verhältnisse an den Krankenkassen vor. Es handelte sich dort um Armen-, Knappschafts-, Fabrik- und gewerbliche, Eisenbahn-, Post- und sog. freie Kassen. Die Aerzte waren fest angestellt und erhielten pro Kopf und Jahr der in ihrem Bezirk wohnenden Mitglieder eine Pauschsumme bezahlt, die zwischen 2—3 M. bei Unverheirateten und etwa das Dreifache bei Verheirateten betrug. Die freien Kassen zahlten zum Teil noch erheblich weniger, 2 sogar nur 60—90 Pf. pro Kopf.

Von den vielfachen Klagen über ethische und finanzielle Nachteile, welche die Kassen dem ärztlichen Stand seit Erlaß des K.V.G. gebracht haben sollen, finden wir vor diesem Zeitpunkt in der Literatur nichts erwähnt.

Literatur zum I. Kapitel.

1) *Handwörterbuch der Staatswissenschaften, 2. Aufl., Jena 1898. Art. Arbeiterversicherung, I. Allgemeines von Dr.* **van der Borght,** *Bd. 1, S. 607. — Art. Krankenversicherung in Deutschland vor Dr.* **Honigmann,** *Bd. 1, S. 618. — Art. Krankenversicherung von Dr.* **van der Borght,** *Bd. 5, S. 360.*
2) **O. Mugdan,** *Spezielle Krankenversorgung in Krankheitsfällen, in: Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege, Berlin 1902, Bd. 2, II. Abt., S. 1.*
3) *Rat Dr.* **Hampke,** *Die deutsche Arbeiterversicherungs-Gesetzgebung, Hamburg, Lütcke & Wulff, 1902.*
4) *Dr. R.* **van der Borght,** *Die soziale Bedeutung der deutschen Arbeiterversicherung, Samml. nationalökon. u. statist. Abhdl. von Dr. J. Conrad, Bd. 20, S. 183, Jena, G. Fischer, 1898.*

II. Kapitel.

Der gegenwärtige Stand der Krankenversicherungs-Gesetzgebung Deutschlands.

Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 nach der Fassung der Novelle vom 10. April 1892 (R.G.Bl. 1883 S. 73, 1892 S. 379) und den Beschlüssen des Reichstages vom April 1903 und des Bundesrats vom 25. Mai 1903.

A. Versicherungszwang.

§ 1. Personen, welche gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind:
1) in Bergwerken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Brüchen und Gruben, in Fabriken und Hüttenwerken, beim Eisenbahn-, Binnenschiffahrts- und Baggereibetriebe, auf Werften und bei Bauten,
2) im Handelsgewerbe, im Handwerk und in sonstigen stehenden Gewerbebetrieben,
2a) in dem Geschäftsbetriebe der Anwälte, Notare und Gerichtsvollzieher, der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten,
3) in Betrieben, in denen Dampfkessel oder durch elementare Kraft (Wind, Wasser, Dampf, Gas, heiße Luft u. s. w.) bewegte Betriebe zur Verwendung kommen, sofern diese Verwendung nicht ausschließlich in vorübergehender Benutzung einer nicht zur Betriebsanlage gehörenden Kraftmaschine besteht,

sind mit Ausnahme der Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken, sowie der im § 2 unter Ziffer 2 bis 6 aufgeführten Personen, sofern nicht die Beschäftigung durch die Natur ihres Gegenstandes oder im voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist, nach Maßgabe der Vorschriften dieses Gesetzes gegen Krankheit zu versichern.

Dasselbe gilt von Personen, welche in dem gesamten Betriebe der Post- und Telegraphenverwaltungen, sowie in den Betrieben der Marine- und Heeresverwaltungen gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind und nicht bereits auf Grund der vorstehenden Bestimmungen der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

Die Besatzung von Seeschiffen, auf welche die Vorschriften der §§ 48 und 49, der Seemannsordnung vom 27. Dezember 1872 (R.G.Bl. S. 409) Anwendung finden, unterliegt der Versicherungspflicht nicht.

Als Gehalt oder Lohn im Sinne des Gesetzes gelten auch Tantiemen und Naturalbezüge. Für die letzteren wird der Durchschnittswert in Ansatz gebracht; dieser Wert wird von der unteren Verwaltungsbehörde festgesetzt.

§ 2. Durch statutarische Bestimmung einer Gemeinde für ihren Bezirk oder eines weiteren Kommunalverbandes für einen Bezirk oder Teile desselben kann die Anwendung der Vorschriften des § 1 erstreckt werden:
1) auf diejenigen im § 1 bezeichneten Personen, deren Beschäftigung durch die Natur ihres Gegenstandes oder im voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist,
2) auf die in Kommunalbetrieben und im Kommunaldienste beschäftigten Personen, auf welche die Anwendung des § 1 nicht durch anderweite reichsgesetzliche Vorschriften erstreckt ist,
3) auf diejenigen Familienangehörigen eines Betriebsunternehmers, deren Beschäftigung in dem Betriebe nicht auf Grund eines Arbeitsvertrages stattfindet,
4) auf selbständige Gewerbetreibende, welche in eigenen Betriebsstätten im Auftrage und für Rechnung anderer Gewerbetreibender mit der Herstellung oder Bearbeitung gewerblicher Erzeugnisse beschäftigt werden (Hausindustrie), und zwar auch für den Fall, daß sie die Roh- und Hilfsstoffe selbst beschaffen, und auch für die Zeit, während welcher sie vorübergehend für eigene Rechnung arbeiten.
5) auf die in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigten Arbeiter und Betriebsbeamten.

Die auf Grund dieser Vorschrift ergehenden statutarischen Bestimmungen müssen die genaue Bezeichnung derjenigen Klassen von Personen, auf welche die Anwendung der Vorschriften des § 1 erstreckt werden soll, und in den Fällen der Ziffern 1 und 4 Bestimmungen über die Verpflichtung zur An- und Abmeldung, sowie über die Verpflichtung zur Einzahlung der Beiträge enthalten.

Sie bedürfen die Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde und sind in der für Bekanntmachungen der Gemeindebehörden vorgeschriebenen oder üblichen Form zu veröffentlichen.

§ 2a. Die Anwendung der Vorschriften des § 1 kann auch auf solche in Betrieben oder im Dienste des Reichs oder eines Staates beschäftigte Personen erstreckt werden, welche der Krankenversicherungspflicht nicht bereits nach gesetzlichen Bestimmungen unterliegen. Die Erstreckung erfolgt durch Verfügung des Reichskanzlers bezw. der Zentralbehörde.

§ 2b. Betriebsbeamte, Werkmeister und Techniker, Handlungsgehilfen und -lehrlinge, sowie die unter § 1 Absatz 1 Ziffer 2a fallenden Personen unterliegen der Versicherungspflicht nur, wenn ihr Arbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt $6\frac{2}{3}$ M. für den Arbeitstag oder, sofern Lohn oder Gehalt nach größeren Zeitabschnitten bemessen ist, 2000 M. für das Jahr gerechnet, nicht übersteigt.

Dasselbe gilt von anderen unter § 2 Absatz 1 Ziffer 2 und § 2a fallenden Personen, soweit sie Beamte sind.

§ 3. Personen des Soldatenstandes sowie solche in Betrieben oder im Dienste des Reiches, eines Staates oder Kommunalverbandes beschäftigte Personen, welche dem Reiche, Staate oder Kommunalverbande gegenüber in Krankheitsfällen Anspruch auf Fortzahlung des Gehalts oder des Lohnes oder auf eine den Bestimmungen des § 6 entsprechende Unterstützung mindestens für 13 Wochen nach der Erkrankung für weitere 13 Wochen Anspruch auf diese Unterstützung, oder auf Gehalt, Pension, Wartegeld oder ähnliche Bezüge mindestens im $1\frac{1}{2}$-fachen Betrage des Krankengeldes haben, sind von der Versicherungspflicht ausgenommen.

§ 3a. Auf ihren Antrag sind von der Versicherungspflicht zu befreien:
1) Personen, welche infolge von Verletzungen, Gebrechen, chronischen Krankheiten oder Alter nur teilweise oder nur zeitweise erwerbsfähig sind, wenn der unterstützungspflichtige Armenverband der Befreiung zustimmt.
2) Personen, welchen gegen ihren Arbeitgeber für den Fall der Erkrankung ein Rechtsanspruch auf eine den Bestimmungen des § 6 entsprechende oder gleichwertige Unterstützung zusteht, sofern die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers zur Erfüllung des Anspruchs gesichert ist.

Wird der Antrag auf Befreiung von der Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung oder von dem Vorstande der Krankenkasse, welcher der Antragsteller angehören würde, abgelehnt, so entscheidet auf Anrufen des Antragstellers die Aufsichtsbehörde endgültig.

In dem Falle zu 2 gilt die eingeräumte Befreiung nur für die Dauer des Arbeitsvertrages. Sie erlischt vor Beendigung des Arbeitsvertrages:
a) wenn sie von der Aufsichtsbehörde wegen nicht genügender Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers von Amts wegen oder auf Antrag eines Beteiligten aufgehoben wird,
b) wenn der Arbeitgeber die befreite Person zur Krankenversicherung anmeldet. Die Anmeldung ist ohne rechtliche Wirkung, wenn die befreite Person zur Zeit derselben bereits erkrankt war.

Insoweit im Erkrankungsfalle der gegen den Arbeitgeber bestehende Anspruch nicht erfüllt wird, ist auf Antrag der befreiten Person von der Gemeinde-Kranken-

versicherung oder von der Krankenkasse, welcher sie im Nichtbefreiungsfalle angehört haben würde, die gesetzliche oder statutenmäßige Krankenunterstützung zu gewähren. Die zu dem Ende gemachten Aufwendungen sind von dem Arbeitgeber zu erstatten.

§ 3b. Auf den Antrag des Arbeitgebers sind von der Versicherungspflicht zu befreien Lehrlinge, welchen durch den Arbeitgeber für die während der Dauer des Lehrverhältnisses eintretenden Erkrankungsfälle der Anspruch auf freie Kur oder Verpflegung in einem Krankenhaus auf die im § 6 Absatz 2 bezeichnete Dauer gesichert ist. Gleiches gilt von Personen, welche im Falle der Arbeitslosigkeit in einer die Versicherungspflicht begründenden Art in Wohltätigkeitsanstalten beschäftigt werden, deren Zweck darin besteht, arbeitslosen Personen vorübergehend Beschäftigung zu gewähren (Arbeiterkolonien u. dergl.).

Die Bestimmungen des § 3a Absatz 2—4 finden entsprechende Anwendung.

B. Gemeinde-Krankenversicherung.

§ 4. Für alle versicherungspflichtigen Personen, welche nicht
einer Ortskrankenkasse (§ 16),
einer Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse (§ 59),
einer Baukrankenkasse (§ 69),
einer Innungskrankenkasse (§ 73),
einer Knappschaftskasse (§ 74)
angehören, tritt, vorbehaltlich der Bestimmung des § 75, die Gemeinde-Krankenversicherung ein.

Personen der in §§ 1—3 bezeichneten Art, welche der Versicherungspflicht nicht unterliegen und deren jährliches Gesamteinkommen 2000 M. nicht übersteigt, sowie Dienstboten sind berechtigt, der Gemeinde-Krankenversicherung der Gemeinde, in deren Bezirk sie beschäftigt sind, beizutreten. Durch statutarische Bestimmung (§ 2) kann auch anderen nichtversicherungspflichtigen Personen die Aufnahme in die Gemeinde-Krankenversicherung gestattet oder das Recht des Beitritts eingeräumt werden, sofern ihr jährliches Gesamteinkommen 2000 M. nicht übersteigt.

Der Beitritt der Berechtigten erfolgt durch schriftliche oder mündliche Erklärung beim Gemeindevorstande, gewährt aber keinen Anspruch auf Unterstützung im Falle einer bereits zur Zeit dieser Erklärung eingetretenen Erkrankung. Die Gemeinde ist berechtigt, nicht versicherungspflichtige Personen, welche sich zum Beitritt melden, einer ärztlichen Untersuchung unterziehen zu lassen, und, wenn diese eine bereits bestehende Krankheit ergibt, von der Versicherung zurückzuweisen.

Freiwillig Beigetretene, welche die Versicherungsbeiträge (§ 5) an zwei aufeinander folgenden Zahlungsterminen nicht geleistet haben, scheiden damit aus der Gemeinde-Krankenversicherung aus.

§ 5. Denjenigen Personen, für welche die Gemeinde-Krankenversicherung eintritt, ist von der Gemeinde, in deren Bezirk sie beschäftigt sind, im Falle einer Krankheit oder durch Krankheit herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit Krankenunterstützung zu gewähren.

Von denselben hat die Gemeinde Krankenversicherungsbeiträge (§ 9) zu erheben.

§ 5a. Für Personen, welche in Gewerbebetrieben beschäftigt sind, deren Natur es mit sich bringt, daß einzelne Arbeiten an wechselnden Orten außerhalb der Betriebsstätte ausgeführt werden, gilt auch für die Zeit, während welcher sie mit solchen Arbeiten beschäftigt sind, als Beschäftigungsort der Sitz des Gewerbebetriebes.

Werden versicherungspflichtige Personen von einer öffentlichen oder privaten Betriebsverwaltung mit Arbeiten beschäftigt, welche an wechselnden, in verschiedenen Gemeindebezirken belegenen Orten auszuführen sind, so gilt, falls nicht nach Anhörung der beteiligten Verwaltungen und Gemeinden oder weiteren Kommunalverbänden von der höheren Verwaltungsbehörde etwas anderes bestimmt wird, als Beschäftigungsort diejenige Gemeinde, in welcher die mit der unmittelbaren Leitung jener Arbeiten betraute Stelle ihren Sitz hat.

Für Personen, welche in der Land- oder Forstwirtschaft zur Beschäftigung an wechselnden, in verschiedenen Gemeindebezirken belegenen Orten angenommen sind, gilt als Beschäftigungsort der Sitz des Betriebes (§ 44 des Gesetzes vom 5. Mai 1886, R.G.Bl. S. 132).

§ 6. Als Krankenunterstützung ist zu gewähren:
1) vom Beginn der Krankheit ab freie ärztliche Behandlung, Arzenei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel;
2) im Falle der Erwerbsunfähigkeit vom 3. Tage nach dem Tage der Erkrankung ab für jeden Arbeitstag ein Krankengeld in Höhe der Hälfte des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter.

Die Krankenunterstützung endet spätestens mit dem Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit, im Falle der Erwerbsunfähigkeit spätestens mit Ablauf

der 26. Woche nach Beginn des Krankengeldbezuges. Endet der Bezug des Krankengeldes erst nach Ablauf der 26. Woche nach dem Beginn der Krankheit, so endet mit dem Bezuge des Krankengeldes auch zugleich der Anspruch auf die im Absatz 1 unter Ziffer 1 bezeichneten Leistungen.

Das Krankengeld ist nach Ablauf jeder Woche zu zahlen.

§ 6a. Die Gemeinden sind ermächtigt, zu beschließen:

1) daß Personen, welche der Versicherungspflicht nicht unterliegen und freiwillig der Gemeinde-Krankenversicherung beitreten, erst nach Ablauf einer auf höchstens 6 Wochen vom Beitritt ab zu bemessenden Frist Krankenunterstützung erhalten;
2) daß Versicherten, welche die Gemeinde-Krankenversicherung durch eine mit dem Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bedrohte strafbare Handlung geschädigt haben, für die Dauer von 12 Monaten seit Begehung der Straftat, sowie daß Versicherten, welche sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln oder durch Trunkfälligkeit zugezogen haben, für diese Krankheit das Krankengeld gar nicht oder nur teilweise zu gewähren ist;
3) daß Versicherten, welche von der Gemeinde die Krankenunterstützung ununterbrochen oder im Laufe eines Zeitraums von 12 Monaten für 26 Wochen bezogen haben, bei Eintritt eines neuen Unterstützungsfalles, sofern dieser durch die gleiche nicht gehobene Krankheitsursache veranlaßt ist, im Laufe der nächsten 12 Monate Krankenunterstützung nur für die Gesamtdauer von 13 Wochen zu gewähren ist;
4) daß Krankengeld allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen schon vom Tage des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ab, sowie für Sonn- und Festtage zu zahlen ist;
5) daß Versicherten auf ihren Antrag die im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen auch für ihre dem Krankenversicherungszwange nicht unterliegenden Familienangehörigen zu gewähren sind;
6) daß die ärztliche Behandlung, die Lieferung der Arznei und die Kur und Verpflegung nur durch bestimmte Aerzte, Apotheker und Krankenhäuser zu gewähren sind und die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser entstandenen Kosten von dringenden Fällen abgesehen, abgelehnt werden kann. Die auf Grund dieser Bestimmung abgeschlossenen Verträge sind der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

Die Gemeinden sind ferner ermächtigt, Vorschriften über die Krankenmeldung, über das Verhalten der Kranken und über die Krankenaufsicht zu erlassen und zu bestimmen, daß Versicherte, welche diesen Vorschriften oder den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwiderhandeln, Ordnungsstrafen bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes für jeden einzelnen Uebertretungsfall zu erlegen haben. Vorschriften dieser Art bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

§ 7. An Stelle der im § 6 vorgeschriebenen Leistungen kann freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt werden, und zwar:

1) für diejenigen, welche verheiratet sind, oder eine eigene Haushaltung haben, oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung, oder unabhängig von derselben, wenn die Art der Krankheit Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, welchen in der Familie des Erkrankten nicht genügt werden kann, oder wenn die Krankheit eine ansteckende ist, oder wenn der Erkankte wiederholt den auf Grund des § 6a Absatz 2 erlassenen Vorschriften zuwidergehandelt hat, oder wenn dessen Zustand oder Verhalten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert;
2) für sonstige Erkrankte unbedingt.

Hat der in einem Krankenhause Untergebrachte Angehörige, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienst bestritten hat, so ist neben der freien Kur und Verpflegung die Hälfte des im § 6 als Krankengeld festgesetzten Betrages für diese Angehörigen zu zahlen. Die Zahlung kann unmittelbar an die Angehörigen erfolgen.

§ 8. Der Betrag des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter wird nach Anhörung der Gemeindebehörde und nachdem Vertretern der beteiligten Arbeitgeber und der beteiligten Versicherungspflichtigen Gelegenheit zu einer Aeußerung gegeben worden ist, von der höheren Verwaltungsbehörde nach Anhörung der Gemeindebehörde festgesetzt und durch das für ihre amtlichen Bekanntmachungen bestimmte Blatt veröffentlicht. Aenderungen der Festsetzungen treten erst 6 Monate nach der Veröffentlichung in Kraft.

Die Festsetzung findet für männliche und weibliche, für Personen über und unter 16 Jahren besonders statt. Für Personen unter 16 Jahren (jugendliche Personen) kann die Festsetzung getrennt für jungeLeute zwischen 14 und 16 Jahren und für Kinder unter 14 Jahren vorgenommen werden. Für Lehrlinge gilt die für junge Leute getroffene Feststellung.

§ 9. Die von der Gemeinde zu erhebenden Versicherungsbeiträge sollen, solange nicht nach Maßgabe des § 10 etwas anderes festgesetzt ist, 1½ Proz. des ortsüblichen Tagelohnes (§ 8) nicht übersteigen und sind mangels besonderer Beschlußnahme in dieser Höhe zu erheben. In Fällen der Gewährung der im § 6a Absatz 1 Ziffer 5 bezeichneten besonderen Leistungen sind besondere von der Gemeinde-Krankenversicherung allgemein festzusetzende Zusatzbeiträge zu erheben.

Die Beiträge fließen in eine besondere Kasse, aus welcher auch die Krankenunterstützungen zu bestreiten sind.

Die Einnahmen und Ausgaben dieser Kasse sind getrennt von den sonstigen Einnahmen und Ausgaben der Gemeinde festzustellen und zu verrechnen. Die Verwaltung der Kasse hat die Gemeinde unentgeltlich zu führen. Ein Jahresabschluß der Kasse nebst einer Uebersicht über die Versicherten und die Krankheitsverhältnisse ist alljährlich der höheren Verwaltungsbehörde einzureichen.

Reichen die Bestände der Krankenversicherungskasse nicht aus, um die fällig werdenden Ausgaben derselben zu decken, so sind aus der Gemeindekasse die erforderlichen Vorschüsse zu leisten, welche ihr, vorbehaltlich der Bestimmungen des § 10, demnächst aus der Krankenversicherungskasse mit ihrem Reservefonds zu erstatten sind.

§ 10. Ergibt sich aus den Jahresabschlüssen, daß die gesetzlichen Krankenversicherungsbeträge zur Deckung der gesetzlichen Krankenunterstützungen nicht ausreichen, so können mit Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde die Beiträge bis zu 3 Proz. des ortsüblichen Tagelohns (§ 8) erhöht werden.

Ueberschüsse der Einnahmen über die Ausgaben, welche nicht zur Deckung etwaiger Vorschüsse der Gemeinde in Anspruch genommen werden, sind zunächst zur Ansammlung eines Reservefonds zu verwenden. Solange Beiträge über 2 Proz. des ortsüblichen Tagelohns erhoben werden, findet eine Rückerstattung von Vorschüssen nicht statt.

Ergeben sich aus den Jahresabschlüssen dauernd Ueberschüsse der Einnahmen aus Beiträgen über Ausgaben, so hat nach Ansammlung eines Reservefonds im Betrage der durchschnittlichen Jahresausgabe der letzten 3 Jahre die Gemeinde zu beschließen, ob eine Herabsetzung der Beiträge oder eine Erhöhung oder Erweiterung der Unterstützungen eintreten soll.

§ 11. Personen, für welche die Gemeinde-Krankenversicherung eingetreten ist, behalten, wenn sie aus der dieselbe begründenden Beschäftigung ausscheiden und nicht zu einer Beschäftigung übergehen, vermöge welcher sie nach Vorschrift dieses Gesetzes Mitglieder einer Krankenkasse werden, den Anspruch auf Krankenunterstützung, solange sie die Versicherungsbeiträge fortzahlen und entweder im Gemeindebezirk ihres bisherigen Aufenthaltes verbleiben, oder im Gemeindebezirk ihren Aufenthalt nehmen, in welchem sie zuletzt beschäftigt wurden.

§ 12. Mehrere Gemeinden können sich durch übereinstimmende Beschlüsse zu gemeinsamer Gemeinde-Krankenversicherung vereinigen.

Durch Beschluß eines weiteren Kommunalverbandes kann dieser für die Gemeindekrankenversicherung an die Stelle der demselben angehörenden einzelnen Gemeinden gesetzt oder die Vereinigung mehrerer ihm angehörender Gemeinden zu gemeinsamer Gemeindekrankenversicherung angeordnet werden.

Wo weitere Kommunalverbände nicht bestehen, kann die Vereinigung mehrerer benachbarter Gemeinden zu gemeinsamer Gemeindekrankenversicherung durch Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde angeordnet werden.

Derartige Beschlüsse und Verfügungen müssen über die Verwaltung der gemeinsamen Gemeindekrankenversicherung Bestimmung treffen.

Die Beschlüsse bedürfen der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde; gegen die Verfügung der letzteren, durch welche die Genehmigung versagt oder erteilt oder die Vereinigung mehrerer Gemeinden angeordnet wird, steht den beteiligten Gemeinden und Kommunalverbänden innerhalb vier Wochen die Beschwerde an die Zentralbehörde zu.

§ 13. Sind in einer Gemeinde nicht mindestens 50 Personen vorhanden, für welche die Gemeinde-Krankenversicherung einzutreten hat, oder ergibt sich aus den Jahresabschlüssen (§ 9 Absatz 3) einer Gemeinde, daß auch nach Erhöhung der Versicherungsbeiträge auf drei Prozent des ortsüblichen Tagelohnes (§ 8) die Deckung der gesetzlichen Krankenunterstützung fortlaufend Vorschüsse der Gemeindekasse erfordert, so kann auf Antrag der Gemeinde deren Vereinigung mit einer oder mehreren benachbarten Gemeinden zu gemeinsamer Krankenversicherung durch die höhere Verwaltungsbehörde angeordnet werden.

Trifft diese Voraussetzung für die Mehrzahl der einem weiteren Kommunalverbande angehörenden Gemeinden zu, so kann die höhere Verwaltungsbehördeanordnen, daß der weitere Kommunalverband für die Gemeinde-Krankenversicherung der ihm angehörenden Gemeinden an die Stelle der einzelnen Gemeinden zu treten hat.

Ueber die Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung sind in diesen Fällen die erforderlichen Vorschriften nach Anhörung der beteiligten Gemeinden und Verbände zu erlassen.

Gegen die auf Grund der vorstehenden Bestimmungen von der höheren Verwaltungsbehörde erlassenen Anordnungen und Vorschriften steht den beteiligten Gemeinden und Kommunalverbänden innerhalb 4 Wochen die Beschwerde an die Zentralbehörde zu.

Gemeinden von mehr als 10 000 Einwohnern können ohne ihre Einwilligung nur dann mit kleineren Gemeinden vereinigt werden, wenn ihnen die Verwaltung der gemeinsamen Gemeinde-Krankenversicherung übertragen wird.

§ 14. Eine auf Grund des § 12 oder des § 13 herbeigeführte Vereinigung kann auf demselben Wege wieder aufgelöst werden, auf welchem sie herbeigeführt ist.

Durch Beschluß des weiteren Kommunalverbandes oder Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde kann die Auflösung nur auf Antrag einer der beteiligten Gemeinden herbeigeführt werden.

Ueber die Verteilung eines etwa vorhandenen Reservefonds ist, falls die Auflösung durch Beschluß erfolgt, durch diesen, falls sie von der höheren Verwaltungsbehörde angeordnet wird, in der die Auflösung anordnenden Verfügung Bestimmung zu treffen.

Gegen die Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde, durch welche die Genehmigung zu einer beschlossenen Auflösung erteilt oder versagt wird, oder durch welche die Auflösung angeordnet wird, steht den beteiligten Gemeinden und Kommunalverbänden innerhalb 4 Wochen die Beschwerde an die Zentralbehörde zu.

§ 15. Für Gemeinden, welche nach den Landesgesetzen den nach Vorschrift dieses Gesetzes versicherungspflichtigen Personen Krankenunterstützung gewähren und dagegen zur Erhebung bestimmter Beiträge berechtigt sind, gilt die landesgesetzlich geregelte Krankenversicherung als Gemeindekrankenversicherung im Sinne dieses Gesetzes, sofern die Unterstützung den Anforderungen dieses Gesetzes genügt und höhere Beiträge, als nach demselben zulässig sind, nicht erhoben werden. Eine hiernach etwa erforderliche Erhöhung der Unterstützung, oder Ermäßigung der Beiträge muß spätestens bis zum Ablauf eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Gesetzes herbeigeführt werden.

C. Ortskrankenkassen.

§ 16. Die Gemeinden sind berechtigt, für die in ihrem Bezirk beschäftigten versicherungspflichtigen Personen Ortskrankenkassen zu errichten, sofern die Zahl der in der Kasse zu versichernden Personen mindestens 100 beträgt.

Die Vorschriften des § 5a finden auch hier Anwendung.

Die Ortskrankenkassen sollen in der Regel für die in einem Gewerbszweige oder in einer Betriebsart beschäftigten Personen errichtet werden.

Die Errichtung gemeinsamer Ortskrankenkassen für mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten ist zulässig, wenn die Zahl der in den einzelnen Gewerbszweigen und Betriebsarten beschäftigten Personen weniger als 100 beträgt.

Gewerbszweige oder Betriebsarten, in welchen 100 Personen oder mehr beschäftigt werden, können mit anderen Gewerbszweigen oder Betriebsarten zu einer gemeinsamen Ortskrankenkasse nur vereinigt werden, nachdem den in ihnen beschäftigten Personen Gelegenheit zu einer Aeußerung über die Errichtung der gemeinsamen Kasse gegeben worden ist. Wird in diesem Falle Widerspruch erhoben, so entscheidet über die Zulässigkeit der Errichtung die höhere Verwaltungsbehörde.

§ 17. Durch Anordnung der höheren Verwaltungsbehörde kann die Gemeinde verpflichtet werden, für die in einem Gewerbszweige oder in einer Betriebsart beschäftigten Personen eine Ortskrankenkasse zu errichten, wenn dies von Beteiligten beantragt wird und diesem Antrage, nachdem sämtlichen Beteiligten zu einer Aeußerung darüber Gelegenheit gegeben ist, mehr als die Hälfte derselben und mindestens 100 beitreten.

Dasselbe gilt von der Errichtung einer gemeinsamen Ortskrankenkasse für mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten, wenn dem Antrage mehr als die Hälfte der in jedem Gewerbszweige oder in jeder Betriebsart beschäftigten Personen und im ganzen mindestens 100 beitreten.

Gegen die Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde, durch welche die Errichtung einer gemeinsamen Ortskrankenkasse angeordnet wird, steht der Gemeinde innerhalb 4 Wochen die Beschwerde an die Zentralbehörde zu.

Gemeinden, welche dieser Verpflichtung innerhalb der von der höheren Verwaltungsbehörde zu bestimmenden Frist nicht nachkommen, dürfen von denjenigen Personen, für welche die Errichtung einer Ortskrankenkasse angeordnet ist, Versicherungsbeiträge zur Gemeinde-Krankenversicherung (§ 5 Absatz 2) nicht erheben.

§ 18. Beträgt die Zahl der in einem Gewerbszweige oder einer Betriebsart beschäftigten Personen weniger als 100, so kann die Errichtung einer Ortskrankenkasse gestattet werden, wenn die dauernde Leistungsfähigkeit der Kasse in einer von der höheren Verwaltungsbehörde für ausreichend erachteten Weise sichergestellt ist.

§ 18a. Die Gemeinden sind berechtigt, Gewerbszweige oder Betriebsarten, für welche eine Ortskrankenkasse nicht besteht, einer bestehenden Ortskrankenkasse nach Anhörung derselben, und nachdem den beteiligten Versicherungspflichtigen Gelegenheit zu einer Aeußerung darüber gegeben worden ist, zuzuweisen. Die Zuweisung soll tunlichst an eine für verwandte Gewerbszweige oder Betriebsarten bestehende Ortskrankenkasse erfolgen.

Gegen den Bescheid, durch welchen die Zuweisung ausgesprochen wird, steht der Kasse innerhalb 4 Wochen nach der Zustellung die Beschwerde an die höhere Verwaltungsbehörde zu.

§ 19. Die Gewerbszweige und Betriebsarten, für welche eine Ortskrankenkasse errichtet wird, sind in dem Kassenstatut (§ 23) zu bezeichnen.

Die in diesen Gewerbszweigen und Betriebsarten beschäftigten Personen werden, soweit sie versicherungspflichtig sind, vorbehaltlich der Bestimmung des § 75, mit dem Tage, an welchem sie in die Beschäftigung eintreten, Mitglieder der Kasse, sofern sie nicht vermöge ihrer Beschäftigung einer der in §§ 59, 69, 73, 74 bezeichneten Kassen angehören.

Soweit sie nicht versicherungspflichtig sind, haben sie das Recht, der Kasse beizutreten, sofern ihr jährliches Gesamteinkommen 2000 M. nicht übersteigt. Der Beitritt erfolgt durch schriftliche oder mündliche Anmeldung bei dem Kassenvorstande oder der auf Grund des § 49 Abs. 5 errichteten Meldestelle, gewährt aber keinen Anspruch auf Unterstützung im Falle einer bereits zur Zeit dieser Anmeldung eingetretenen Erkrankung. Die Kasse ist berechtigt, nichtversicherungspflichtige Personen, welche sich zum Beitritt melden, einer ärztlichen Untersuchung unterziehen zu lassen und ihre Aufnahme abzulehnen, wenn die Untersuchung eine bereits bestehende Krankheit ergibt.

Sind mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten zu einem Betriebe vereinigt, so gehören die in diesem beschäftigten versicherungspflichtigen Personen derjenigen Ortskrankenkasse an, welche für den Gewerbszweig oder die Betriebsart errichtet ist, in denen die Mehrzahl dieser Personen beschäftigt ist. Im Zweifel entscheidet, nach Anhörung des Betriebsunternehmers, der Vorstände der beteiligten Kassen und der Aufsichtsbehörde, die höhere Verwaltungsbehörde endgültig.

Der Austritt ist versicherungspflichtigen Personen mit dem Schlusse des Rechnungsjahres zu gestatten, wenn sie denselben spätestens 3 Monate zuvor bei dem Vorstande beantragen und vor dem Austritt nachweisen, daß sie Mitglieder einer der im § 75 bezeichneten Kassen geworden sind.

Die Mitgliedschaft nichtversicherungspflichtiger Personen erlischt, wenn sie die Beiträge an zwei aufeinanderfolgenden Zahlungsterminen nicht geleistet haben.

§ 20. Die Ortskrankenkassen sollen mindestens gewähren:

1) Im Falle einer Krankheit oder durch Krankheit herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit eine Krankenunterstützung, welche nach §§ 6, 7, 8 mit der Maßgabe zu bemessen ist, daß der durchschnittliche Tagelohn derjenigen Klassen der Versicherten, für welche die Kasse errichtet wird, soweit er 4 M. für den Arbeitstag nicht überschreitet, an die Stelle des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter tritt;
2) eine Unterstützung in Höhe des Krankengeldes an Wöchnerinnen, welche innerhalb des letzten Jahres, vom Tage der Entbindung ab gerechnet, mindestens 6 Monate hindurch einer auf Grund dieses Gesetzes errichteten Kasse oder einer Gemeinde-Krankenversicherung angehört haben, auf die Dauer von mindestens 6 Wochen nach ihrer Niederkunft;
3) für den Todesfall eines Mitgliedes ein Sterbegeld im 20fachen Betrage des durchschnittlichen Tagelohnes (Ziffer 1).

Die Feststellung des durchschnittlichen Tagelohnes kann auch unter Berücksichtigung der zwischen den Kassenmitgliedern hinsichtlich der Lohnhöhe bestehenden Verschiedenheiten klassenweise erfolgen. Der durchschnittliche Tagelohn einer Klasse darf in diesem Falle nicht über den Betrag von 5 M. festgestellt werden.

Verstirbt ein als Mitglied der Kasse Erkrankter nach Beendigung der Krankenunterstützung, so ist das Sterbegeld zu gewähren, wenn die Erwerbsunfähigkeit bis zum Tode fortgedauert hat und der Tod infolge derselben Krankheit vor Ablauf eines Jahres nach Beendigung der Krankenunterstützung eingetreten ist.

Das Sterbegeld ist zunächst zur Deckung der Kosten des Begräbnisses bestimmt und in dem aufgewendeten Betrage demjenigen auszuzahlen, welcher das Begräbnis besorgt. Ein etwaiger Ueberschuß ist dem hinterbliebenen Ehegatten, in Ermangelung

eines solchen den nächsten Erben auszuzahlen. Sind solche Personen nicht vorhanden, so verbleibt der Ueberschuß der Kasse.

In den Fällen, in welchen auf Grund der Reichsgesetze über Unfallversicherung gleichfalls ein Anspruch auf Sterbegeld begründet ist, ist der Kasse bis zur Höhe des von ihr gewährten Sterbegeldes durch Ueberweisung des auf Grund der Unfallversicherungsgesetze zu gewährenden Sterbegeldes Ersatz zu leisten.

§ 21. Eine Erhöhung und Erweiterung der Leistungen der Ortskrankenkassen ist in folgendem Umfange zulässig:

1) Die Dauer der Krankenunterstützung kann auf einen längeren Zeitraum als 26 Wochen bis zu einem Jahre festgesetzt werden.

1a) Das Krankengeld kann allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen schon vom Tage des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ab, sowie für Sonn- und Festtage gewährt werden, sofern dieses sowohl von der Vertretung der zu Beiträgen verpflichteten Arbeitgeber (§ 38) als auch von derjenigen der Versicherten beschlossen wird, oder sofern der Betrag des gesetzlich vorgeschriebenen Reservefonds erreicht ist.

2) Das Krankengeld kann auf einen höheren Betrag, und zwar bis zu drei Viertel des durchschnittlichen Tagelohnes (§ 20) festgesetzt werden; neben freier ärztlicher Behandlung und Arznei können auch andere als die im § 6 bezeichneten Heilmittel gewährt werden.

2a) Neben freier Kur und Verpflegung in einem Krankenhause kann, falls der Untergebrachte Angehörige hat, deren Unterhalt bisher aus seinem Arbeitsverdienst bestritten wurde, ein Krankengeld bis zur Höhe[1]) des durchschnittlichen Tagelohnes (§ 20) bewilligt werden.

3) Neben freier Kur und Verpflegung in einem Krankenhause kann Krankengeld bis zu einem Viertel des durchschnittlichen Tagelohnes (§ 20) auch solchen bewilligt werden, welche nicht den Unterhalt von Angehörigen aus ihrem Lohne bestritten haben.

3a) Für die Dauer eines Jahres von Beendigung der Krankenunterstützung ab kann Fürsorge für Rekonvaleszenten, namentlich auch Unterbringung in einer Rekonvaleszentenanstalt gewährt werden.

4) Schwangeren, welche mindestens 6 Monate der Kasse angehören, kann eine der Wöchnerinnenunterstützung gleiche Unterstützung wegen der durch die Schwangerschaft verursachten Erwerbsunfähigkeit bis zur Gesamtdauer von 6 Wochen gewährt werden. Auch kann freie Gewährung der erforderlichen Hebammendienste und freie ärztliche Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden beschlossen werden.

5) Freie ärztliche Behandlung, freie Arznei und sonstige Heilmittel können für erkrankte Familienangehörige der Kassenmitglieder, sofern sie nicht selbst dem Krankenversicherungszwange unterliegen, auf besonderen Antrag oder allgemein gewährt werden. Unter derselben Voraussetzung kann für Ehefrauen der Kassenmitglieder die nach Ziffer 4 zulässige Unterstützung gewährt werden.

6) Das Sterbegeld kann auf einen höheren als den 20-fachen Betrag, und zwar bis zum 40-fachen Betrage des durchschnittlichen Tagelohnes (§ 20) erhöht, auch kann ein Mindestbetrag von 50 M. festgesetzt werden.

7) Beim Tode der Ehefrau oder eines Kindes eines Kassenmitgliedes kann, sofern diese Personen nicht selbst in einem gesetzlichen Versicherungsverhältnis stehen, auf Grund dessen ihren Hinterbliebenen ein Anspruch auf Sterbegeld zusteht, ein Sterbegeld, und zwar für erstere im Betrage bis zu zwei Dritteln, für letztere bis zur Hälfte des für das Mitglied festgestellten Sterbegeldes gewährt werden.

Auf weitere Unterstützungen, namentlich auf Invaliden-, Witwen- und Waisenunterstützungen, dürfen die Leistungen der Ortskrankenkassen nicht ausgedehnt werden.

§ 22. Die Beiträge zu den Ortskrankenkassen sind in Prozenten des durchschnittlichen Tagelohnes (§ 20) so zu bemessen, daß sie unter Einrechnung der etwaigen sonstigen Einnahmen der Kasse ausreichen, um die statutenmäßigen Unterstützungen, die Verwaltungskosten und die zur Ansammlung oder Ergänzung des Reservefonds (§ 32) erforderlichen Rücklagen zu decken.

Krankenkassen, welche die im § 21 Abs. 1 Ziffer 5 bezeichneten besonderen Leistungen auf Antrag gewähren, sind nach Bestimmung des Statuts befugt, für diese Leistungen von Kassenmitgliedern mit Familienangehörigen einen besonderen, allgemein festzusetzenden Zusatzbeitrag zu erheben.

Ortskrankenkassen, welche für verschiedene Gewerbszweige oder Betriebsarten errichtet sind, können die Höhe der Beiträge für die einzelnen Gewerbszweige und Betriebsarten verschieden bemessen, wenn und soweit die Verschiedenheit der Gewerbs-

1) Druckfehler für „Hälfte“.

zweige und Betriebsarten eine erhebliche Verschiedenheit der Erkrankungsgefahr bedingt. Festsetzungen dieser Art bedürfen der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde.

§ 23. Für jede Ortskrankenkasse ist von der Gemeindebehörde nach Anhörung der Beteiligten oder von Vertretern derselben ein Kassenstatut zu errichten.

Dasselbe muß Bestimmung treffen:

1) über die Klassen der dem Krankenversicherungszwange unterliegenden Personen, welche der Kasse als Mitglieder angehören sollen;
2) über Art und Umfang der Unterstützungen;
3) über die Höhe der Beiträge;
4) über die Bildung des Vorstandes und den Umfang seiner Befugnisse;
5) über die Zusammensetzung und Berufung der Generalversammlung und über die Art ihrer Beschlußfassung;
6) über die Abänderung des Statuts;
7) über die Aufstellung und Prüfung der Jahresrechnung.

Das Statut darf keine Bestimmung enthalten, welche mit dem Zweck der Kasse nicht in Verbindung steht oder gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft.

§ 24. Das Kassenstatut bedarf der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde. Bescheid ist innerhalb 6 Wochen zu erteilen. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn das Statut den Anforderungen dieses Gesetzes nicht genügt oder wenn die Bestimmung über die Klassen von Personen, welche der Kasse angehören sollen (§ 23 Abs. 2 Ziffer 1), mit den Bestimmungen des Statuts einer anderen Kasse im Widerspruch steht. Wird die Genehmigung versagt, so sind die Gründe mitzuteilen. Der versagende Bescheid kann im Wege des Verwaltungsstreitverfahrens, wo ein solches nicht besteht, im Wege des Rekurses nach Maßgabe der Vorschriften der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

Abänderungen des Statuts unterliegen der gleichen Vorschrift.

Jedes Mitglied erhält ein Exemplar des Kassenstatuts und etwaiger Abänderungen.

Den Zeitpunkt, mit welchem die Kasse ins Leben tritt, bestimmt die höhere Verwaltungsbehörde.

§ 25. Die Ortskrankenkasse kann unter ihrem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen, vor Gericht klagen und verklagt werden.

Für alle Verbindlichkeiten der Kasse haftet den Kassengläubigern nur das Vermögen der Kasse.

§ 26. Für sämtliche versicherungspflichtige Kassenmitglieder beginnt der Anspruch auf die gesetzlichen Unterstützungen der Kasse zum Betrage der gesetzlichen Mindestleistungen der Kasse (§ 20) mit dem Zeitpunkte, in welchem sie Mitglieder der Kasse geworden sind (§ 19). Von Kassenmitgliedern, welche nachweisen, daß sie bereits einer anderen Krankenkasse angehört oder Beiträge zur Gemeinde-Krankenversicherung geleistet haben, und daß zwischen dem Zeitpunkte, mit welchem sie aufgehört haben, einer solchen Krankenkasse anzugehören oder Beiträge zur Gemeinde-Krankenversicherung zu leisten, und dem Zeitpunkte, in welchem sie Mitglieder der Ortskrankenkasse geworden sind, nicht mehr als 26 Wochen liegen, darf ein Eintrittsgeld nicht erhoben werden.

Kassenmitglieder, welche aus der Beschäftigung, vermöge welcher sie der Kasse angehörten, behufs Erfüllung ihrer Dienstpflicht im Heere oder in der Marine ausgeschieden sind und nach Erfüllung der Dienstpflicht in eine Beschäftigung zurückkehren, vermöge welcher sie der Kasse wieder angehören, erwerben mit dem Zeitpunkte des Wiedereintritts in die Kasse das Recht auf die vollen statutenmäßigen Unterstützungen derselben und können zur Zahlung eines neuen Eintrittsgeldes nicht verpflichtet werden. Dasselbe gilt von denjenigen, welche einer Kasse vermöge der Beschäftigung in einem Gewerbszweige angehört haben, dessen Natur eine periodisch wiederkehrende zeitweilige Einstellung des Betriebes mit sich bringt, wenn sie infolge der letzteren ausgeschieden, aber nach Wiederbeginn der Betriebsperiode in eine Beschäftigung zurückgekehrt sind, vermöge welcher sie wieder Mitglieder derselben Kasse werden.

Soweit die vorstehenden Bestimmungen nicht entgegenstehen, kann durch Kassenstatut bestimmt werden, daß das Recht auf die Unterstützungen der Kasse erst nach Ablauf einer Karenzzeit beginnt und daß neu eintretende Kassenmitglieder ein Eintrittsgeld zu zahlen haben. Die Karenzzeit darf den Zeitraum von 6 Monaten, das Eintrittsgeld darf den Betrag des für 6 Wochen zu leistenden Kassenbeitrages nicht übersteigen.

§ 26a. Kassenmitgliedern, welche gleichzeitig anderweitig gegen Krankheit versichert sind, ist das Krankengeld soweit zu kürzen, als dasselbe zusammen mit dem aus anderweiter Versicherung bezogenen Krankengelde den vollen Betrag ihres durchschnittlichen Tagelohnes übersteigen würde. Durch das Kassenstatut kann diese Kürzung ganz oder teilweise ausgeschlossen werden.

Durch das Kassenstatut kann ferner bestimmt werden:

1) daß die Mitglieder verpflichtet sind, andere von ihnen eingegangene Versicherungsverhältnisse, aus welchen ihnen Ansprüche auf Krankenunterstützung zustehen, sofern sie zur Zeit des Eintritts in die Kasse bereits bestanden, binnen einer Woche nach dem Eintritt, sofern sie später abgeschlossen werden, binnen einer Woche nach dem Abschlusse, dem Kassenvorstande anzuzeigen;

2) daß Mitgliedern, welche die Kasse durch eine mit dem Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bedrohte strafbare Handlung geschädigt haben, für die Dauer von 12 Monaten seit Begehung der Straftat, sowie daß Versicherten, welche sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln oder durch Trunkfälligkeit zugezogen haben, für diese Krankheit das statutenmäßige Krankengeld gar nicht oder nur teilweise zu gewähren ist;

2a) daß Mitglieder, welche der gemäß Ziffer 1 getroffenen Bestimmung oder den durch Beschluß der Generalversammlung über die Krankenmeldung, das Verhalten der Kranken und die Krankenaufsicht erlassenen Vorschriften oder den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwiderhandeln, Ordnungsstrafen bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes für jeden einzelnen Uebertretungsfall zu erlegen haben;

2b) daß die ärztliche Behandlung, die Lieferung der Arznei und die Kur und Verpflegung nur durch bestimmte Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser zu gewähren sind und die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser entstandenen Kosten, von dringenden Fällen abgesehen, abgelehnt werden kann; die auf Grund dieser Bestimmung abgeschlossenen Verträge sind der Aufsichtsbehörde (§ 44) mitzuteilen;

3) daß Mitgliedern, welche von dieser Krankenkasse eine Krankenunterstützung ununterbrochen oder im Laufe eines Zeitraumes von 12 Monaten für 26 Wochen bezogen haben, bei Eintritt eines neuen Unterstützungsfalles, sofern dieser durch die gleiche nicht gehobene Krankheitsursache veranlaßt worden ist, im Laufe der nächsten 12 Monate Krankenunterstützung nur im gesetzlichen Mindestbetrage (§ 20) und nur für die Gesamtdauer von 13 Wochen zu gewähren ist;

4) daß Personen, welche der Versicherungspflicht nicht unterliegen und freiwillig der Kasse beitreten, erst nach Ablauf einer auf höchstens 6 Wochen vom Beitritt ab zu bemessenden Frist Krankenunterstützung erhalten;

5) daß auch andere als die in den §§ 1—3 genannten Personen als Mitglieder der Kasse aufgenommen werden können, sofern ihr jährliches Gesamteinkommen 2000 M. nicht übersteigt;

6) daß die Unterstützungen und Beiträge statt nach den durchschnittlichen Tagelöhnen (§ 20) in Prozenten des wirklichen Arbeitsverdienstes der einzelnen Versicherten festgesetzt werden, soweit dieser 5 M. für den Arbeitstag nicht übersteigt.

Die unter 2a bezeichneten Beschlüsse der Generalversammlung bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Ueber Beschwerden gegen die Versagung der Genehmigung entscheidet die nächst vorgesetzte Dienstbehörde endgültig.

Abänderungen des Statuts, durch welche die bisherigen Kassenleistungen herabgesetzt werden, finden auf solche Mitglieder, welchen bereits zur Zeit der Abänderung ein Unterstützungsanspruch wegen eingetretener Krankheit zusteht, für die Dauer dieser Krankheit keine Anwendung.

§ 27. Kassenmitglieder, welche aus der die Mitgliedschaft begründenden Beschäftigung ausscheiden und nicht zu einer Beschäftigung übergehen, vermöge welcher sie Mitglieder einer anderen der in den §§ 16, 59, 69, 73, 74 bezeichneten Krankenkassen werden, bleiben so lange Mitglieder, als sie sich im Gebiete des Deutschen Reiches aufhalten, sofern sie ihre dahin gehende Absicht binnen einer Woche dem Kassenvorstande anzeigen. Die Zahlung der vollen statutenmäßigen Kassenbeiträge zum ersten Fälligkeitstermine ist der ausdrücklichen Anzeige gleich zu erachten, sofern der Fälligkeitstermin innerhalb der für die letztere vorgeschriebenen einwöchigen Frist liegt.

Die Mitgliedschaft erlischt, wenn die Beiträge an zwei aufeinander folgenden Zahlungsterminen nicht geleistet werden.

Durch Kassenstatut kann bestimmt werden, daß für nicht im Bezirk der Krankenkasse oder eines für die Zwecke des § 46 Abs. 1 Ziffer 2 und 3 errichteten Kassenverbandes sich aufhaltende Mitglieder der im ersten Absatz bezeichneten Art an die Stelle der im § 6 Abs. 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen eine Vergütung in Höhe von mindestens der Hälfte des Krankengeldes tritt.

Ueber die Einsendung der Beiträge, die Auszahlung der Unterstützungen und die Krankenkontrolle für die nicht im Bezirk der Gemeinde sich aufhaltenden Personen hat das Kassenstatut Bestimmung zu treffen.

§ 28. Personen, welche infolge eintretender Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausscheiden verbleibt der Anspruch auf die gesetzlichen Mindestleistungen der Kasse

in Unterstützungsfällen, welche während der Erwerbslosigkeit und innerhalb eines Zeitraums von 3 Wochen nach dem Ausscheiden aus der Kasse eintreten, wenn der Ausscheidende vor seinem Ausscheiden mindestens 3 Wochen ununterbrochen einer auf Grund dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse angehört hat.

Dieser Anspruch fällt fort, wenn der Beteiligte sich nicht im Gebiete des Deutschen Reiches aufhält, soweit nicht durch Kassenstatut Ausnahmen vorgesehen werden.

§ 29. Die Mitglieder sind der Kasse gegenüber lediglich zu den auf Grund dieses Gesetzes und des Kassenstatuts festgestellten Beiträgen verpflichtet.

Zu anderen Zwecken als den statutenmäßigen Unterstützungen, der statutenmäßigen Ansammlung und Ergänzung des Reservefonds und der Deckung der Verwaltungskosten dürfen weder Beiträge von Mitgliedern erhoben werden, noch Verwendungen aus dem Vermögen der Kasse erfolgen.

§ 30. Entstehen Zweifel darüber, ob die im Kassenstatut vorgenommene Bemessung der Beiträge der Anforderung des § 22 entspricht, so hat die höhere Verwaltungsbehörde vor der Erteilung der Genehmigung eine sachverständige Prüfung herbeizuführen und, falls diese die Unzulänglichkeit der Beiträge ergibt, die Erteilung der Genehmigung von einer Erhöhung der Beiträge oder einer Minderung der Unterstützungen bis auf den gesetzlichen Mindestbetrag (§ 20) abhängig zu machen.

§ 31. Bei der Errichtung der Kasse dürfen die Beiträge, soweit sie den Kassenmitgliedern selbst zur Last fallen (§ 51), nicht über 3 Proz. desjenigen Betrages, nach welchem die Unterstützungen zu bemessen sind (§§ 20, 26a Ziffer 6), festgesetzt werden, sofern solches nicht zur Deckung der Mindestleistungen der Kasse (§ 20) erforderlich ist.

Eine spätere Erhöhung der Beiträge über diesen Betrag, welche nicht zur Deckung der Mindestleistungen erforderlich wird, ist nur bis zur Höhe von 4 Proz. desjenigen Betrages, nach welchem die Unterstützungen zu bemessen sind (§§ 20, 26a Ziffer 6), und nur dann zulässig, wenn dieselbe sowohl von der Vertretung der zu Beiträgen verpflichteten Arbeitgeber (§ 38) als von derjenigen der Kassenmitglieder beschlossen wird.

§ 32. Die Ortskrankenkasse hat einen Reservefonds im Mindestbetrage der durchschnittlichen Jahresausgabe der letzten 3 Jahre anzusammeln und erforderlichenfalls bis zu dieser Höhe zu ergänzen.

Solange der Reservefonds diesen Betrag nicht erreicht, ist demselben mindestens ein Zehntel des Jahresbetrages der Kassenbeiträge zuzuführen.

§ 33. Ergibt sich aus den Jahresabschlüssen der Kasse, daß die Einnahmen derselben zur Deckung ihrer Ausgaben einschließlich der Rücklagen zur Ansammlung und Ergänzung des Reservefonds nicht ausreichen, so ist entweder unter Berücksichtigung der Vorschriften des § 31 eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Kassenleistungen herbeizuführen.

Ergibt sich dagegen aus den Jahresabschlüssen, daß die Jahreseinnahmen die Jahresausgaben übersteigen, so ist, falls der Reservefonds das Doppelte des gesetzlichen Mindestbetrages erreicht hat, entweder eine Ermäßigung der Beiträge oder unter Berücksichtigung der Vorschriften der §§ 21 und 31 eine Erhöhung oder Erweiterung der Kassenleistungen herbeizuführen.

Unterläßt die Vertretung der Kasse, diese Abänderungen zu beschließen, so hat die höhere Verwaltungsbehörde die Beschlußfassung anzuordnen, und falls dieser Anordnung keine Folge geleistet wird, ihrerseits die erforderliche Abänderung des Kassenstatuts von Amts wegen mit rechtsverbindlicher Wirkung zu vollziehen.

Wird zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit einer Kasse eine schleunige Vermehrung ihrer Einnahmen oder Verminderung ihrer Ausgaben erforderlich, so kann die höhere Verwaltungsbehörde, vorbehaltlich des vorstehend vorgeschriebenen Verfahrens, eine sofortige vorläufige Erhöhung der Beiträge oder Herabsetzung der Leistungen, letztere bis zur gesetzlichen Mindestleistung und unbeschadet der Vorschrift des § 26a Absatz 3, verfügen. Gegen diese Verfügung ist die Beschwerde an die Zentralbehörde zulässig. Dieselbe hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 34. Die Kasse muß einen von der Generalversammlung (§ 37) gewählten Vorstand haben. Die Wahl, welche, abgesehen von der den Arbeitgebern nach § 38 zustehenden Vertretung, aus der Mitte der Kassenmitglieder erfolgt, findet unter Leitung des Vorstandes statt. Nur die erste Wahl nach Errichtung der Kasse, sowie spätere Wahlen, bei welchen ein Vorstand nicht vorhanden ist, werden von einem Vertreter der Aufsichtsbehörde geleitet. Ueber die Wahlverhandlung ist ein Protokoll aufzunehmen.

Der Vorstand hat über jede Aenderung in seiner Zusammensetzung und über das Ergebnis jeder Wahl der Aufsichtsbehörde binnen einer Woche Anzeige zu

erstatten. Ist die Anzeige nicht erfolgt, so kann die Aenderung dritten Personen nur dann entgegengesetzt werden, wenn bewiesen wird, daß sie letzteren bekannt war.

§ 34a. Die Mitglieder des Vorstandes verwalten ihr Amt als Ehrenamt unentgeltlich, sofern nicht durch das Statut eine Entschädigung für den durch Wahrnehmung der Vorstandsgeschäfte ihnen erwachsenden Zeitverlust und entgehenden Arbeitsverdienst bestimmt wird. Bare Auslagen werden ihnen von der Kasse ersetzt.

Die Ablehnung der Wahl zum Vorstandsmitgliede ist aus denselben Gründen zulässig, aus welchen das Amt eines Vormundes abgelehnt werden kann. Die Wahrnehmung eines auf Grund der Unfallversicherung und der Invaliditätsversicherung übernommenen Ehrenamtes steht der Führung einer Vormundschaft gleich. Eine Wiederwahl kann nach mindestens zweijähriger Amtsführung für die nächste Wahlperiode abgelehnt werden. Kassenmitgliedern, welche eine Wahl ohne gesetzlichen Grund ablehnen, kann auf Beschluß der Generalversammlung für bestimmte Zeit, jedoch nicht über die Dauer der Wahlperiode, das Stimmrecht in der Generalversammlung entzogen werden.

§ 35. Der Vorstand vertritt die Kasse gerichtlich und außergerichtlich und führt nach Maßgabe des Kassenstatuts die laufende Verwaltung derselben. Die Vertretung erstreckt sich auch auf diejenigen Geschäfte und Rechtshandlungen, für welche nach den Gesetzen eine Spezialvollmacht erforderlich ist. Durch das Statut kann einem Mitgliede oder mehreren Mitgliedern des Vorstandes die Vertretung nach außen übertragen werden.

Zur Legitimation des Vorstandes bei allen Rechtsgeschäften genügt die Bescheinigung der Aufsichtsbehörde, daß die darin bezeichneten Personen zur Zeit den Vorstand bilden.

Der Vorsitzende des Vorstandes hat Beschlüsse der Kassenorgane, welche gegen die gesetzlichen oder statutarischen Vorschriften verstoßen, unter Angabe der Gründe mit aufschiebender Wirkung zu beanstanden. Die Beanstandung erfolgt mittels Bericht an die Aufsichtsbehörde.

§ 36. Soweit die Wahrnehmung der Angelegenheiten der Kasse nicht nach Vorschrift des Gesetzes oder des Statuts dem Vorstande obliegt, steht die Beschlußnahme darüber der Generalversammlung zu. Derselben muß vorbehalten bleiben:

1) die Abnahme der Jahresrechnung und die Befugnis, dieselbe vorgängig durch einen besonderen Ausschuß prüfen zu lassen;
2) die Verfolgung von Ansprüchen, welche der Kasse gegen Vorstandsmitglieder aus deren Amtsführung erwachsen, durch Beauftragte;
3) die Beschlußnahme über Abänderung der Statuten.

§ 37. Die Generalversammlung besteht nach Bestimmung des Statuts entweder aus sämtlichen Kassenmitgliedern, welche großjährig und im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte sind, oder aus Vertretern, welche von den bezeichneten Mitgliedern aus ihrer Mitte gewählt werden.

Die Generalversammlung muß aus Vertretern bestehen, wenn die Kasse 500 oder mehr Mitglieder zählt.

Besteht die Generalversammlung aus Vertretern, so sind diese in geheimer Wahl unter Leitung des Vorstandes zu wählen. Nur die erstmalige Wahl nach Errichtung der Kasse, sowie spätere Wahlen, bei welchen ein Vorstand nicht vorhanden ist, werden von einem Vertreter der Aufsichtsbehörde geleitet.

§ 38. Arbeitgeber, welche für die von ihnen beschäftigten Mitglieder einer Ortskrankenkasse an diese Beiträge aus eigenen Mitteln zu zahlen verpflichtet sind (§ 51), haben Anspruch auf Vertretung im Vorstande und der Generalversammlung der Kasse.

Die Vertretung ist nach dem Verhältnis der von den Arbeitgebern aus eigenen Mitteln zu zahlenden Beiträge zu dem Gesamtbetrage der Beiträge zu bemessen. Mehr als ein Drittel der Stimmen darf den Arbeitgebern weder in der Generalversammlung noch im Vorstande eingeräumt werden.

Die Wahlen der Generalversammlung zum Vorstande sind geheim und werden getrennt von Arbeitgebern und Kassenmitgliedern vorgenommen.

Durch das Statut kann bestimmt werden, daß Arbeitgeber, welche mit Zahlung der Beiträge im Rückstande sind, von der Vertretung und der Wahlberechtigung auszuschließen sind.

§ 38a. Die Arbeitgeber sind berechtigt, sich in der Generalversammlung durch ihre Geschäftsführer oder Betriebsbeamten vertreten zu lassen. Von der Vertretung ist dem Kassenvorstande vor Beginn der Generalversammlung Anzeige zu machen.

Die Arbeitgeber sind ferner berechtigt, zu Mitgliedern der aus Vertretern bestehenden Generalversammlung und des Vorstandes Geschäftsführer oder Betriebsbeamte der zu Beiträgen verpflichteten Arbeitgeber zu wählen. Eine Vertretung der gewählten Mitglieder der Generalversammlung oder des Vorstandes findet nicht statt.

§ 39. Wird die Wahl des Vorstandes von der Generalversammlung oder die Wahl der Vertreter zur Generalversammlung durch die Wahlberechtigten verweigert, so tritt an ihre Stelle Ernennung der Mitglieder des Vorstandes oder der Generalversammlung durch die Aufsichtsbehörde.

Haben die Arbeitgeber auf die ihnen zustehende Vertretung in der Generalversammlung oder im Vorstande verzichtet, so können sie diese Vertretung nur mit Ablauf einer Wahlperiode wieder in Anspruch nehmen.

§ 40. Die Einnahmen und Ausgaben der Kasse sind von allen den Zwecken der Kasse fremden Vereinnahmungen und Verausgabungen getrennt festzustellen; ihre Bestände sind gesondert zu verwahren.

Wertpapiere, welche zum Vermögen der Kasse gehören und nicht lediglich zur vorübergehenden Anlegung zeitweilig verfügbarer Betriebsgelder für die Kasse erworben sind, sind bei der Aufsichtsbehörde oder nach deren Anweisung verwahrlich niederzulegen.

Verfügbare Gelder dürfen nur in öffentlichen Sparkassen oder wie die Gelder Bevormundeter angelegt werden.

Sofern besondere gesetzliche Vorschriften über die Anlegung der Gelder Bevormundeter nicht bestehen, kann die Anlegung der verfügbaren Gelder in Schuldverschreibungen, welche von dem Deutschen Reich, von einem deutschen Bundesstaate oder dem Reichslande Elsaß-Lothringen mit gesetzlicher Ermächtigung ausausgestellt sind, oder in Schuldverschreibungen, deren Verzinsung von dem Deutschen Reich, von einem deutschen Bundesstaate oder dem Reichslande Elsaß-Lothringen gesetzlich garantiert ist, oder in Schuldverschreibungen, welche von deutschen kommunalen Korporationen (Provinzen, Kreisen, Gemeinden etc.) oder von deren Kreditanstalten ausgestellt und entweder seitens der Inhaber kündbar sind, oder einer regelmäßigen Amortisation unterliegen, erfolgen. Auch können die Gelder bei der Reichsbank verzinslich angelegt werden.

Die Zentralbehörde kann die Anlegung verfügbarer Gelder in anderen als den vorstehend bezeichneten zinstragenden Papieren, sowie die vorübergehende Anlegung zeitweilig verfügbarer Betriebsgelder bei anderen als den vorbezeichneten Kreditanstalten widerruflich gestatten.

§ 41. Die Kasse ist verpflichtet, in den vorgeschriebenen Fristen und nach den vorgeschriebenen Formularen Uebersichten über die Mitglieder, über die Krankheits- und Sterbefälle, über die vereinnahmten Beiträge und die geleisteten Unterstützungen, sowie einen Rechnungsabschluß der Aufsichtsbehörde einzureichen.

Die höhere Verwaltungsbehörde ist befugt, über Art und Form der Rechnungsführung Vorschriften zu erlassen.

§ 42. Die Mitglieder des Vorstandes, sowie Rechnungs- und Kassenführer haften der Kasse für pflichtmäßige Verwaltung wie Vormünder ihren Mündeln.

Verwenden sie verfügbare Gelder der Kasse in ihrem Nutzen, so können sie unbeschadet der strafrechtlichen Verfolgung durch die Aufsichtsbehörde angehalten werden, das in ihrem Nutzen verwendete Geld von Beginn der Verwendung an zu verzinsen. Den Zinsfuß bestimmt die Aufsichtsbehörde nach ihrem Ermessen auf 8 bis 20 vom Hundert.

Handeln sie absichtlich zum Nachteile der Kasse, so unterliegen sie der Bestimmung des § 266 des Strafgesetzbuches.

Ist ein Vorstandsmitglied, ein Rechnungs- oder Kassenführer infolge gerichtlicher Anordnung in der Verfügung über sein Vermögen beschränkt oder ist gegen eine dieser Personen auf Verlust der Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Aemter oder auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt oder werden hinsichtlich einer dieser Personen Tatsachen bekannt, welche sich als grobe Verletzung der Amtspflichten in Bezug auf die Kassenführung darstellen, so kann der Betreffende, nachdem ihm und dem Kassenvorstande die Gelegenheit zur Aeußerung gegeben worden ist, durch die Aufsichtsbehörde seines Amtes enthoben werden.

Ist gegen ein Vorstandsmitglied, einen Rechnungs- oder Kassenführer das Hauptverfahren wegen eines Verbrechens oder Vergehens eröffnet, das die Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte oder der Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Aemter znr Folge haben kann, so kann der Betreffende bis zur Beendigung des Strafverfahrens durch die Aufsichtsbehörde seines Amtes enthoben werden.

Die Entscheidung der Aufsichtsbehörde kann binnen 4 Wochen nach der Zustellung derselben auf dem im § 58 Absatz 3 Satz 2 bezeichneten Wege angefochten werden. Die Anfechtung hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 43. Mehrere Gemeinden können sich durch übereinstimmende Beschlüsse zur Errichtung gemeinsamer Ortskrankenkassen für ihre Bezirke vereinigen.

Durch Beschluß eines weiteren Kommunalverbandes kann für dessen Bezirk odei für Teile desselben die Errichtung gemeinsamer Ortskrankenkassen angeordnet werden

Wo weitere Kommunalverbände nicht bestehen kann die Errichtung gemeinsamer Ortskrankenkassen durch Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde für einzelne Teile ihres Verwaltungsbezirks angeordnet werden.

Derartige Beschlüsse und Verfügungen müssen zugleich Bestimmungen darüber treffen, für welche Gewerbszweige oder Betriebsarten die gemeinsamen Ortkrankenkassen errichtet und von welcher Behörde für die letzteren die den Gemeindebehörden übertragenen Obliegenheiten wahrgenommen werden sollen.

Die Beschlüsse bedürfen der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde. Diese kann vor Erteilung der Genehmigung den bei der Errichtung der gemeinsamen Krankenkassen beteiligten Personen zu einer Aeußerung darüber Gelegenheit geben und die Genehmigung versagen, wenn aus der Mitte der Beteiligten Widerspruch dagegen erhoben wird.

Gegen die Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde, durch welche die Genehmigung versagt oder erteilt oder die Errichtung einer gemeinsamen Ortskrankenkasse angeordnet wird, steht den beteiligten Gemeinden und Kommunalverbänden innerhalb 4 Wochen die Beschwerde an die Zentralbehörde zu.

§ 43a. Durch Beschluß des weiteren Kommunalverbandes mit Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde oder, wo weitere Kommunalverbände nicht bestehen, durch Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde können Klassen von Versicherungspflichtigen, für welche Ortskrankenkassen nicht bestehen, einer bestehenden gemeinsamen Ortskrankenkasse nach Anhörung derselben und nachdem Vertretern der beteiligten Versicherungspflichtigen Gelegenheit zu einer Aeußerung gegeben worden ist, zugewiesen werden. Gegen die Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde, durch welche die Zuweisung genehmigt oder angeordnet wird, steht der Kasse innerhalb 4 Wochen nach der Zustellung die Beschwerde an die Zentralbehörde zu.

§ 44. Unter Oberaufsicht der höheren Verwaltungsbehörde wird die Aufsicht über Ortskrankenkassen, welche für den Bezirk einer Gemeinde von mehr als 10 000 Einwohnern errichtet sind, durch die Gemeindebehörden, bei allen übrigen Ortskrankenkassen durch die seitens der Landesregierungen zu bestimmenden Behörden wahrgenommen.

§ 45. Die Aufsichtsbehörde überwacht die Befolgung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften und kann dieselbe durch Androhung, Festsetzung und Vollstreckung von Ordnungsstrafen gegen die Mitglieder des Kassenvorstandes erzwingen.

Sie ist befugt, von allen Verhandlungen, Büchern und Rechnungen der Kasse Einsicht zu nehmen und die Kasse zu revidieren.

Sie kann die Berufung der Kassenorgane zu Sitzungen verlangen und falls diesem Verlangen nicht entsprochen wird, die Sitzungen selbst anberaumen.

In den auf ihren Anlaß anberaumten Sitzungen kann sie die Leitung der Verhandlungen übernehmen.

Solange der Vorstand oder die Generalversammlung nicht zustande kommt oder die Organe der Kasse die Erfüllung ihrer gesetzlichen oder statutenmäßigen Obliegenheiten verweigern, kann die Aufsichtsbehörde die Befugnisse und Obliegenheiten der Kassenorgane selbst oder durch von ihr zu bestellende Vertreter auf Kosten der Kasse wahrnehmen.

Die von der Aufsichtsbehörde auf Grund des Absatz 1 oder des Absats 5 getroffenen Anordnungen können von dem Vorstand oder der Generalversammlung der Kasse oder von dem durch die Anordnung betroffenen Vorstandsmitglied binnen 4 Wochen nach der Zustellung auf dem im § 24 bezeichneten Wege angefochten werden, sofern die Anfechtung darauf gestützt wird, daß die getroffene Anordnung rechtlich nicht begründet und die Kasse oder das Vorstandsmitglied durch die Anordnung in einem Rechte verletzt oder mit einer rechtlich nicht begründeten Verbindlichkeit belastet sei.

§ 46. Sämtliche oder mehrere Gemeinde-Krankenversicherungen und Ortskrankenkassen innerhalb des Bezirks einer Aufsichtsbehörde können durch übereinstimmende Beschlüsse der beteiligten Kommunalverbände und der Generalversammlungen der beteiligten Kassen sich zu einem Verbande vereinigen zum Zweck:

1) der Anstellung eines gemeinsamen Rechnungs- und Kassenführers und anderer gemeinsamer Bediensteten,
2) der Abschließung gemeinsamer Verträge mit Aerzten, Apotheken, Krankenhäusern und Lieferanten von Heilmitteln und anderer Bedürfnisse der Krankenpflege,
3) der Anlage und des Betriebes gemeinsamer Anstalten zur Heilung und Verpflegung erkrankter Mitglieder, sowie zur Fürsorge für Rekonvaleszenten,
4) der gemeinsamen Bestreitung der Krankenunterstützungskosten zu einem die Hälfte ihres Gesamtbetrages nicht übersteigenden Teil.

Die Vertretung des Kassenverbandes und die Geschäftsführung für denselben wird nach Maßgabe eines von der höheren Verwaltungsbehörde zu genehmigenden

Verbandsstatut durch einen von den Verwaltungen der beteiligten Gemeinde-Krankenversicherungen und den Vorständen der beteiligten Kassen zu wählenden oder, solange eine Wahl nicht zustande kommt, von der Aufsichtsbehörde zu ernennenden Vorstand wahrgenommen. Im Falle der Anstellung eines gemeinsamen Rechnungs- und Kassenführers können durch das Verbandsstatut Bestimmungen über gemeinsame Verwahrung der Bestände der beteiligten Gemeinde-Krankenversicherungen und Krankenkassen getroffen werden.

Der Verband kann unter seinem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen, vor Gericht klagen und verklagt werden. Die Ausgaben des Verbandes werden durch Beiträge der beteiligten Gemeinde-Krankenversicherungen und Krankenkassen gedeckt, welche in Ermangelung anderweiter durch Uebereinkommen derselben getroffener Regelung am Schlusse jedes Rechnungsjahres nach dem Verhältnis der im Laufe des Rechnungsjahres vereinnahmten Kassenbeiträge umgelegt werden.

Die Gemeinde-Krankenversicherung und Krankenkassen, welche dem Verbande angehören, sind verpflichtet, auf Aufforderung des Verbandsvorstandes im Laufe des Rechnungsjahres diejenigen Vorschüsse zur Verbandskasse zu leisten, welche zur Deckung der gemeinsamen Ausgaben erforderlich sind. Die Vorschüsse sind in Ermangelung anderweiter durch das Verbandsstatut getroffener Regelung nach dem Verhältnis der im Laufe des zunächst voraufgegangenen Rechnungsjahres vereinnahmten Kassenbeiträge auszuschreiben und innerhalb zweier Wochen nach erfolgter Ausschreibung einzuzahlen. Die im Laufe des Rechnungsjahres geleisteten Vorschüsse sind bei der am Schlusse desselben erfolgenden Umlegung zur Anrechnung zu bringen.

§ 46a. Ein nach § 46 Absatz 1 gebildeter Verband kann durch übereinstimmende Beschlüsse der beteiligten Kommunalverbände und der Generalversammlungen der beteiligten Krankenkassen aufgelöst werden.

Jede Gemeinde-Krankenversicherung und Krankenkasse kann nach 6 Monate vorher erfolgter Aufkündigung mit dem Schlusse des Kalenderjahres aus dem Verbande austreten.

Soweit nicht durch das Verbandsstatut oder durch Uebereinkommen etwas anderes bestimmt ist, wird bei der Auflösung des Verbandes oder beim Ausscheiden einer der beteiligten Kassen von dem nach Deckung der Schulden verbleibenden Vermögen des Verbandes jeder ausscheidenden Kasse derjenige Anteil überwiesen, welcher auf sie nach dem Verhältnis der im Laufe des letzten Kalenderjahres vereinnahmten Kassenbeiträge entfällt.

§ 46b. Durch die Zentralbehörde kann bestimmt werden, daß und unter welchen Voraussetzungen bereits bestehende Vereinigungen von Gemeinde-Krankenversicherungen und auf Grund dieses Gesetzes errichteter Krankenkassen, welche Zwecke der im § 46 unter Ziffer 1—4 bezeichneten Art verfolgen, die Rechte der auf Grund des § 46 errichteten Verbände haben.

§ 47. Die Schließung einer Ortskrankenkasse muß erfolgen:

1) wenn die Zahl der Mitglieder dauernd unter 50 sinkt;
2) wenn sich aus den Jahresabschlüssen der Kasse ergibt, daß die gesetzlichen Mindestleistungen auch nach erfolgter Erhöhung der Beiträge der Versicherten auf 4 Proz. desjenigen Betrages, nach welchem die Unterstützungen zu bemessen sind (§§ 20, 26a Ziffer 6), nicht gedeckt werden können, und eine weitere Erhöhung der Beiträge nicht auf dem im § 31 Absatz 2 vorgesehenen Wege beschlossen wird.

Die Auflösung kann erfolgen, wenn sie von der Gemeindebehörde unter Zustimmung der Generalversammlung beantragt wird.

Die Schließung oder Auflösung erfolgt durch Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde, welche, sofern sie auf Schließung einer Kasse gerichtet ist, von der Generalversammlnng, sofern dadurch die Auflösung einer Kasse abgelehnt wird, von der Gemeindebehörde beziehungsweise der Generalversammlung nach Maßgabe des § 24 angefochten werden kann.

Wird eine Ortskrankenkasse geschlossen oder aufgelöst, so sind die versicherungspflichtigen Personen, für welche sie errichtet war, anderen Ortskrankenkassen und, soweit dies nicht ohne erhebliche Benachteiligung anderer Ortskrankenkassen geschehen kann, der Gemeinde-Krankenversicherung zu überweisen.

Das etwa vorhandene Vermögen der Kasse ist in diesem Falle zunächst zur Berichtigung der etwa vorhandenen Schulden und zur Deckung der vor der Schließung oder Auflösung bereits entstandenen Unterstützungsansprüche zu verwenden. Der Rest fällt denjenigen Ortskrankenkassen, sowie der Gemeinde-Krankenversicherung zu, welchen die der geschlossenen oder aufgelösten Kasse angehörenden Personen überwiesen werden. Findet eine solche Ueberweisung nicht statt, so ist der Rest des Vermögens in der dem bisherigen Zweck am meisten entsprechenden Weise zu verwenden.

Die Verfügung über die Zuweisung der versicherungspflichtigen Personen, für welche die geschlossene oder aufgelöste Kasse errichtet war, an andere Krankenkassen oder die Gemeinde-Krankenversicherung, sowie über die Verteilung oder Verwendung des Restvermögens wird von der höheren Verwaltungsbehörde getroffen. Gegen diese Verfügung steht den Beteiligten innerhalb 4 Wochen die Beschwerde an die Zentralbehörde zu. Die Beschwerde hat, soweit es sich um die Zuweisung der versicherungspflichtigen Personen handelt, keine aufschiebende Wirkung.

Die Vorschrift des ersten Absatzes findet keine Anwendung, wenn nach dem Urteil der höheren Verwaltungsbehörde die Gewährung der gesetzlichen Mindestleistungen durch vorhandenes Vermögen oder durch andere außerordentliche Hülfsquellen gesichert ist.

§ 48. Ortskrankenkassen, welche auf Grund der §§ 16, 17 oder 18a für versicherungspflichtige Personen verschiedener Gewerbszweige oder Betriebsarten errichtet sind, können nach Anhörung der Gemeinde aufgelöst werden, wenn die Generalversammlung der Kasse dies beantragt.

Unter der gleichen Voraussetzung kann die Ausscheidung der demselben Gewerbszweige oder derselben Betriebsart angehörenden Kassenmitglieder aus der gemeinsamen Kasse erfolgen, wenn die Mehrzahl dieser Kassenmitglieder zustimmt.

Für Ortskrankenkassen, welche auf Grund der §§ 43 oder 43a gemeinsam für mehrere Gemeinden oder für einen weiteren Kommunalverband errichtet sind, kann auf Antrag einer der beteiligten Gemeinden oder der Generalversammlung der beteiligten Kasse die Auflösung oder die Ausscheidung der in einer oder mehreren der beteiligten Gemeinden beschäftigten Kassenmitglieder erfolgen.

Die Auflösung oder Ausscheidung erfolgt durch Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde. Gegen die Verfügung, durch welche die Auflösung oder Ausscheidung angeordnet oder versagt wird, steht den Beteiligten innerhalb 4 Wochen die Beschwerde an die Zentralbehörde zu. Ueber die Verwendung und Verteilung des Vermögens, sowie über die anderweitige Versicherung der versicherungspflichtigen Personen ist nach Maßgabe des § 47 Absatz 4—6 Bestimmung zu treffen.

§ 48a. Ergibt sich, daß einem Kassenstatut nach § 24 Absatz 1 die Genehmigung hätte versagt werden müssen, so hat die höhere Verwaltungsbehörde die erforderliche Abänderung anzuordnen. Der die Abänderung anordnende Bescheid kann auf dem im § 24 Absatz 1 bezeichneten Wege angefochten werden.

Unterläßt die Vertretung der Kasse, die endgültig angeordnete Abänderung zu beschließen, so hat die höhere Verwaltungsbehörde die Beschlußfassung anzuordnen und, falls dieser Anordnung keine Folge gegeben wird, ihrerseits die erforderliche Abänderung des Kassenstatuts von Amtswegen mit rechtsverbindlicher Wirkung zu vollziehen. Dasselbe gilt, wenn die Vertretung der Kasse unterläßt, diejenigen Abänderungen des Kassenstatuts zu beschließen, welche durch endgültige, auf Grund der §§ 18a, 43a, 47 Absatz 6 erlassene Anordnungen erfordert werden.

D. Gemeinsame Bestimmungen für die Gemeinde-Krankenversicherung und für die Ortskrankenkassen.

§ 49. Die Arbeitgeber haben jede von ihnen beschäftigte versicherungspflichtige Person, welche weder einer Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse (§ 59), Baukrankenkasse (§ 69), Innungskrankenkasse (§ 73), Knappschaftskasse (§ 74) angehört, noch gemäß § 75 von der Verpflichtung, der Gemeinde-Krankenversicherung oder einer Ortskrankenkasse anzugehören, befreit ist, spätestens am dritten Tage nach Beginn der Beschäftigung anzumelden und spätestens am dritten Tage nach Beendigung derselben wieder abzumelden. Veränderungen, durch welche während der Dauer der Beschäftigung die Versicherungspflicht für solche Personen begründet wird, die der Versicherungspflicht auf Grund ihrer Beschäftigung bisher nicht unterlagen, sind spätestens am 3. Tage nach ihrem Eintritt gleichfalls anzumelden. Das gleiche gilt bei Aenderungen des Arbeitsvertrages, welche die Versicherungspflicht der im § 1 Absatz 4 bezeichneten Personen zur Folge haben.

Die Anmeldungen und Abmeldungen erfolgen für versicherungspflichtige Personen solcher Klassen, für welche Ortskrankenkassen bestehen (§ 23 Absatz 2 Ziffer 1), bei den durch das Statut dieser Kassen bestimmten Stellen, übrigens bei der Gemeindebehörde oder einer von dieser zu bestimmenden Meldestelle.

In der Anmeldung zur Ortskrankenkasse sind auch die behufs der Berechnung der Beiträge durch das Statut geforderten Angaben über die Lohnverhältnisse zu machen. Aenderungen in diesen Verhältnissen sind spätestens am dritten Tage, nachdem sie eingetreten, anzumelden.

Durch Beschluß der Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung und durch das Kassenstatut kann die Frist für die An- und Abmeldungen bis zum letzten

Werktage der Kalenderwoche, in welcher die dreitägige Frist (Absatz 1) abläuft, erstreckt werden.

Die Aufsichtsbehörde, sowie die höhere Verwaltungsbehörde kann für sämtliche Gemeinde-Krankenversicherungen und Ortskrankenkassen ihres Bezirks oder einzelner Teile desselben eine gemeinsame Meldestelle errichten. Die Aufbringung der Kosten derselben erfolgt durch die beteiligten Gemeinden und Ortskrankenkassen nach Maßgabe des § 46 Absatz 3, 4.

§ 49a. Hilfskassen der im § 75 bezeichneten Art haben jedes Ausscheiden eines versicherungspflichtigen Mitgliedes aus der Kasse und jedes Uebertreten eines solchen in eine niedrigere Mitgliederklasse innerhalb Monatsfrist bei der gemeinsamen Meldestelle oder bei der Aufsichtsbehörde desjenigen Bezirks, in welchem das Mitglied zur Zeit der letzten Beitragszahlung beschäftigt war, unter Angabe seines Aufenthaltsortes und seiner Beschäftigung zu dieser Zeit schriftlich anzuzeigen.

Für Hilfskassen, welche örtliche Verwaltungsstellen errichtet haben, ist die Anzeige von der örtlichen Verwaltungsstelle zu erstatten.

Zur Erstattung der Anzeige ist für jede Hilfskasse, sofern deren Vorstand nicht eine andere Person damit beauftragt, der Rechnungsführer derselben, für die örtliche Verwaltungsstelle dasjenige Mitglied, welches die Rechnungsgeschäfte derselben führt, verpflichtet.

Die Aufsichtsbehörde hat die an sie gelangenden Anzeigen der Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung oder dem Vorstande der Ortskrankenkasse, welcher die in der Anzeige bezeichnete Person nach der in derselben angegebenen Beschäftigung anzugehören verpflichtet ist, zu überweisen.

§ 50. Arbeitgeber, welche der ihnen nach § 49 obliegenden Anmeldepflicht vorsätzlich oder fahrlässigerweise nicht genügen, haben alle Aufwendungen, welche eine Gemeinde-Krankenversicherung oder eine Ortskrankenkasse auf Grund gesetzlicher oder statutarischer Vorschrift in einem vor der Anmeldung durch die nicht angemeldete Person veranlaßten Unterstützungsfalle gemacht hat, zu erstatten.

Die Verpflichtung zur Entrichtung von Beiträgen für die Zeit, während welcher die nicht angemeldete oder nicht angezeigte Person der Gemeinde-Krankenversicherung oder der Ortskrankenkasse anzugehören verpflichtet war, wird hierdurch nicht berührt.

§ 51. Die Beiträge zur Krankenversicherung entfallen bei versicherungspflichtigen Personen zu zwei Dritteln auf diese, zu einem Drittel auf ihre Arbeitgeber. Eintrittsgelder belasten nur die Versicherten.

Durch statutarische Regelung (§ 2) kann bestimmt werden, daß Arbeitgeber, in deren Betrieben Dampfkessel oder durch elementare Kraft bewegte Triebwerke nicht verwendet und mehr als zwei dem Krankenversicherungszwange unterliegende Personen nicht beschäftigt werden, von der Verpflichtung zur Leistung von Beiträgen aus eigenen Mitteln befreit sind.

§ 52. Die Arbeitgeber sind verpflichtet, die Beiträge und Eintrittsgelder, welche für die von ihnen beschäftigten Personen zur Gemeinde-Krankenversicherung oder zu einer Ortskrankenkasse zu entrichten sind, einzuzahlen. Die Beiträge sind an die Gemeinde-Krankenversicherung, sofern nicht durch Gemeindebeschluß andere Zahlungstermine festgesetzt sind, wöchentlich im voraus, an die Ortskrankenkasse zu den durch Statut festgesetzten Zahlungsterminen einzuzahlen. Das Eintrittsgeld ist mit dem ersten fälligen Beitrage einzuzahlen. Die Beiträge sind so lange fortzuzahlen, bis die vorschriftsmäßige Abmeldung (§ 49) erfolgt ist, und für den betreffenden Zeitteil zurückzuerstatten, wenn die rechtzeitig abgemeldete Person innerhalb der Zahlungsperiode aus der bisherigen Beschäftigung ausscheidet.

Wenn der Versicherte gleichzeitig in mehreren die Versicherungspflicht begründenden Arbeitsverhältnissen steht, so haften die sämtlichen Arbeitgeber als Gesamtschuldner für die vollen Beiträge und Eintrittsgelder.

Durch Gemeindebeschluß mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde oder durch Kassenstatut kann bestimmt werden, daß die Beiträge stets für volle Wochen erhoben und zurückgezahlt werden.

§ 52a. Auf Antrag der Gemeinde-Krankenversicherung oder einer Ortskrankenkasse kann die Aufsichtsbehörde widerruflich anordnen, daß solche Arbeitgeber, die mit Abführung der Beiträge im Rückstande geblieben sind und deren Zahlungsunfähigkeit im Zwangsbeitreibungsverfahren festgestellt worden ist, nur den auf sie selbst als Arbeitgeber entfallenden Teil der Beiträge, welche für die von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Personen zur Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse zu entrichten sind, einzuzahlen haben.

Wird dies angeordnet, so sind die von solchen Arbeitgebern beschäftigten versicherungspflichtigen Personen verpflichtet, die Eintrittsgelder sowie den auf sie selbst entfallenden Teil der Beitrage zu den festgestellten Zahlungsterminen selbst an die Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse einzuzahlen.

Die Anordnungen (Absatz 1) müssen diejenigen Arbeitgeber, für welche sie gelten sollen, nach Namen, Wohnort und Geschäftsbetrieb deutlich bezeichnen und sind diesen Arbeitgebern schriftlich mitzuteilen.

Die von solchen Anordnungen betroffenen Arbeitgeber sind verpflichtet, dieselben den von ihnen beschäftigten, in der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse versicherten versicherungspflichtigen Personen durch dauernden Aushang in den Betriebsstätten bekannt zu machen und bei jeder Lohnzahlung die von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Personen darauf hinzuweisen, daß diese die im Absatz 2 bezeichneten Beiträge selbst einzuzahlen haben.

Gegen die im Abs. 1 bezeichneten Anordnungen findet binnen 2 Wochen nach der Zustellung die Beschwerde an die höhere Verwaltungsbehörde statt. Die Beschwerde hat keine aufschiebende Wirkung. Die Entscheidung der höheren Verwaltungsbehörde ist endgültig.

§ 52b. Auf Zusatzbeiträge der Versicherten für besondere auf Antrag zu gewährende Kassenleistungen an Familienangehörige (§ 6a Absatz 1 Ziffer 5, § 9 Absatz 1 Satz 2, § 21 Absatz 1 Ziffer 5, § 22 Absatz 2) finden die Vorschriften der §§ 51 und 52 keine Anwendung.

§ 53. Die Versicherten sind verpflichtet, die Eintrittsgelder und Beiträge, letztere nach Abzug des auf den Arbeitgeber entfallenden Drittels (§ 51), bei den Lohnzahlungen sich einbehalten zu lassen. Die Arbeitgeber dürfen nur auf diesem Wege den auf die Versicherten entfallenden Betrag wieder einziehen. Die Abzüge für Beiträge sind auf die Lohnzahlungsperioden, auf welche sie entfallen, gleichmäßig zu verteilen. Die Teilbeträge dürfen, ohne daß dadurch Mehrbelastungen der Versicherten herbeigeführt werden, auf volle 10 Pfennig abgerundet werden. Sind Abzüge für eine Lohnzahlungsperiode unterblieben, so dürfen sie nur noch bei der Lohnzahlung für die nächstfolgende Lohnzahlungsperiode nachgeholt werden.

Hat der Arbeitgeber Beiträge um deswillen nachzuzahlen, weil die Verpflichtung zur Entrichtung von Beiträgen zwar vom Arbeitgeber anerkannt, von dem Versicherten, der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse aber bestritten wurde und erst durch einen Rechtsstreit (§ 58) hat festgestellt werden müssen, oder weil die im § 49a vorgeschriebene Anzeige erst nach Ablauf der im Absatz 1 bezeichneten Zeiträume oder gar nicht erstattet worden ist, so findet die Wiedereinziehung des auf den Versicherten entfallenden Teiles der Beiträge ohne die vorstehend aufgeführten Beschränkungen statt.

Arbeitgeber, deren Zahlungsunfähigkeit im Zwangsbeitreibungsverfahren festgestellt worden ist, sind, solange für sie nicht eine Anordnung der im § 52a bezeichneten Art getroffen worden ist, verpflichtet, die im Absatz 1 zugelassenen Lohnabzüge zu machen und deren Betrag sofort, nachdem der Abzug gemacht worden ist, an die berechtigte Kasse abzuliefern.

§ 53a. Streitigkeiten zwischen dem Arbeitgeber und den von ihm beschäftigten Personen über die Berechnung und Anrechnung der von diesen zu leistenden Beiträge werden nach den Vorschriften des Gesetzes, betreffend die Gewerbegerichte, vom 29. Juli 1890 (R.G.Bl. S. 141) entschieden.

Die Vorschriften des letzteren Gesetzes finden auch auf Streitigkeiten zwischen den bezeichneten Personen über die Berechnung und Anrechnung des Eintrittsgeldes Anwendung. Zur Entscheidung dieser Streitigkeit sind auch die auf Grund des § 80 jenes Gesetzes fortbestehenden Gewerbegerichte zuständig.

§ 54. Ob und inwieweit die Vorschriften des § 49 Absatz 1—3, § 51, § 52 Absatz 1 auf die Arbeitgeber der im § 2 Absatz 1 unter Ziffer 1 und 4 bezeichneten Personen Anwendung finden, ist durch statutarische Bestimmung zu regeln; dieselbe bedarf der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde.

Auf dem gleichen Wege kann bestimmt werden:

1) daß für diejenigen Versicherten, auf welche die Anwendung der Vorschriften des § 1 auf Grund des § 2 Absatz 1 Ziffer 4 erstreckt ist, sowie für die von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Personen die Beiträge und Unterstützungen statt nach dem ortsüblichen Lohne gewöhnlicher Tagearbeiter (§ 8) in Prozenten des wirklichen Arbeitsverdienstes, soweit dieser 5 M. für den Arbeitstag nicht überschreitet, festzustellen sind;
2) daß die Arbeitgeber der im § 2 Absatz 1 Ziffer 4 bezeichneten Gewerbetreibenden, sofern auf diese die Anwendung der Vorschriften des § 1 erstreckt ist, auch die Beiträge für die von diesen Gewerbetreibenden beschäftigten versicherungspflichtigen Personen einzuzahlen und zu einem Drittel aus eigenen Mitteln zu bestreiten haben.

§ 54a. Im Falle der Erwerbsunfähigkeit werden für die Dauer der Krankenunterstützung Beiträge nicht entrichtet. Die Mitgliedschaft dauert während des Bezuges von Krankenunterstützung fort.

§ 55. Der Anspruch auf Eintrittsgelder und Beiträge verjährt in einem Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in welchem er entstanden ist. Rückständige Eintrittsgelder und Beiträge werden in derselben Weise beigetrieben wie Gemeindeabgaben. Die dafür bestehenden landesrechtlichen Vorschriften finden auch insofern Anwendung, als sie über die aufschiebende Wirkung etwaiger gegen die Zahlungspflicht erhobener Einwendungen Bestimmung treffen.

Die rückständigen Eintrittsgelder und Beiträge haben das Vorzugsrecht des § 54 Ziffer 1 der Reichskonkursordnung vom 10. Februar 1877 (R.G.Bl. S. 351).

Sofern nach Gemeindebeschluß oder Kassenstatut der Einleitung des Beitreibungsverfahrens ein Mahnverfahren vorangeht, kann von Arbeitgebern, welche die Eintrittsgelder und Beiträge nicht zum Fälligkeitstermine eingezahlt haben, eine Mahngebühr erhoben und wie die Rückstände beigetrieben werden. Die Festsetzung des Betrages der Mahngebühr unterliegt der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

§ 56. Die Unterstützungsansprüche auf Grund dieses Gesetzes verjähren in 2 Jahren vom Tage ihrer Entstehung an.

Die Uebertragung der dem Unterstützungsberechtigten zustehenden Ansprüche auf Dritte sowie die Verpfändung oder Pfändung hat nur insoweit rechtliche Wirkung, als sie erfolgt:

1) zur Deckung eines Vorschusses, welcher dem Berechtigten auf seine Ansprüche vor Anweisung der Unterstützung von dem Arbeitgeber oder einem Organe der Kasse oder dem Mitglied eines solchen Organs gegeben worden ist;
2) zur Deckung der im § 850 Abs. 4 der Zivilprozeßordnung bezeichneten Forderungen.

Die Ansprüche dürfen auf geschuldete Eintrittsgelder und Beiträge, auf gezahlte Vorschüsse, auf zu Unrecht gezahlte Unterstützungsbeträge und auf die von den Organen der Kassen verhängten Geldstrafen aufgerechnet werden. Die Ansprüche dürfen ferner aufgerechnet werden auf Ersatzforderungen für Beträge, welche der Unterstützungsberechtigte in den Fällen des § 57 Absatz 4 oder auf Grund der Reichsgesetze über Unfallversicherung bezogen, aber an die Kasse zu erstatten hat; Ansprüche auf Krankengeld dürfen jedoch nur bis zur Hälfte aufgerechnet werden.

Ausnahmsweise darf der Berechtigte den Anspruch ganz oder zum Teil auf andere übertragen, sofern dies von der unteren Verwaltungsbehörde genehmigt wird.

§ 56a. Auf Antrag von mindestens 30 beteiligten Versicherten kann die höhere Verwaltungsbehörde nach Anhörung der Kasse und der Aufsichtsbehörde die Gewährung der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 und § 7 Absatz 1 bezeichneten Leistungen durch weitere als die von der Kasse bestimmten Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser verfügen, wenn durch die von der Kasse getroffenen Anordnungen eine den berechtigten Anforderungen der Versicherten entsprechende Gewährung jener Leistungen nicht gesichert ist.

Wird einer solchen Verfügung nicht binnen der gesetzten Frist Folge geleistet, so kann die höhere Verwaltungsbehörde die erforderlichen Anordnungen statt der zuständigen Kassenorgane mit verbindlicher Wirkung für die Kasse treffen.

Die nach Absatz 1 und 2 zulässigen Verfügungen sind der Kasse zu eröffnen und zur Kenntnis der beteiligten Versicherten zu bringen. Die Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde ist endgültig.

§ 57. Die auf gesetzlicher Vorschrift beruhende Verpflichtung von Gemeinden oder Armenverbänden zur Unterstützung hilfsbedürftiger Personen, sowie die auf Gesetz, Vertrag oder letztwilliger Anordnung beruhenden Ansprüche der Versicherten gegen Dritte werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

Soweit auf Grund dieser Verpflichtung Unterstützungen für einen Zeitraum geleistet sind, für welchen dem Unterstützten auf Grund dieses Gesetzes ein Unterstützungsanspruch zusteht, geht der letztere im Betrage der geleisteten Unterstützung auf die Gemeinde oder den Armenverband über, von welchen die Unterstützung geleistet ist.

Das gleiche gilt von den Betriebsunternehmern und Kassen, welche die den bezeichneten Gemeinden und Armenverbänden obliegende Verpflichtung zur Unterstützung auf Grund gesetzlicher Vorschrift erfüllt haben.

Ist von der Gemeinde-Krankenversicherung oder von der Ortskrankenkasse Unterstützung in einem Krankheitsfalle geleistet, für welchen dem Versicherten ein gesetzlicher Entschädigungsanspruch gegen Dritte zusteht, so geht dieser Anspruch in Höhe der geleisteten Unterstützung auf die Gemeinde-Krankenversicherung oder die Ortskrankenkasse über.

In Fällen dieser Art gilt als Ersatz der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen die Hälfte des gesetzlichen Mindestbetrages des Krankengeldes, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

§ 57a. Auf Erfordern einer Gemeinde-Krankenversicherung oder einer Ortskrankenkasse ist den bei ihr versicherten Personen, welche außerhalb des Bezirks

derselben wohnen, im Falle der Erkrankung von der für Versicherungspflichtige desselben Gewerbszweiges oder derselben Betriebsart bestehenden Ortskrankenkasse oder in Ermangelung einer solchen von der Gemeinde-Krankenversicherung des Wohnortes dieselbe Unterstützung zu gewähren, welche der Erkrankte von der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse, der er angehört, zu beanspruchen hat. Diese haben der unterstützenden Ortskrankenkasse oder Gemeinde-Krankenversicherung die hieraus erwachsenden Kosten zu erstatten.

Dasselbe gilt für Versicherte, welche während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb des Bezirks der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse, der sie angehören, erkranken, sofern oder solange ihre Ueberführung nach ihrem Wohnorte nicht erfolgen kann. Eines besonderen Antrages der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse bedarf es in diesen Fällen nicht.

Erfolgt die Erkrankung im Auslande, so hat der Betriebsunternehmer dem Erkrankten, sofern oder solange eine Ueberführung in das Inland nicht erfolgen kann, diejenigen Unterstützungen zu gewähren, welche der letztere von der Gemeinde-Krankenversicherung oder der Ortskrankenkasse, der er angehört, zu beanspruchen hat. Diese hat dem Betriebsunternehmer die ihm hieraus erwachsenden Kosten zu erstatten.

Für die Erstattung der Kosten gilt in diesen Fällen als Ersatz der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen die Hälfte des Krankengeldes, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

§ 57b. Streitigkeiten zwischen Gemeinde-Krankenversicherungen und Ortskrankenkassen oder zwischen Ortskrankenkassen über die Frage, welcher von ihnen die in einem Gewerbszweige oder in einer Betriebsart oder in einem einzelnen Betriebe beschäftigten Personen angehören, werden von der höheren Verwaltungsbehörde entschieden.

Gegen die Entscheidung steht den Beteiligten nur die Beschwerde an die Zentralbehörde zu. Die Beschwerde ist binnen 2 Wochen nach der Eröffnung der Entscheidung einzulegen.

Ergeht die Entscheidung dahin, daß versicherungspflichtige Personen einer anderen Kasse, als derjenigen, bei welcher sie bisher tatsächlich versichert waren, anzugehören haben, so ist in derselben der Zeitpunkt zu bestimmen, mit welchem das neue Versicherungsverhältnis in Kraft tritt.

§ 58. Streitigkeiten, welche zwischen den auf Grund dieses Gesetzes zu versichernden Personen oder ihren Arbeitgebern einerseits und der Gemeinde-Krankenversicherung oder der Ortskrankenkasse andererseits über das Versicherungsverhältnis oder über die Verpflichtung zur Leistung oder Einzahlung von Eintrittsgeldern und Beiträgen oder über Unterstützungsansprüche entstehen, sowie Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche aus § 57a Absatz 3 und über Erstattungsansprüche aus § 50 werden von der Aufsichtsbehörde entschieden. Erstreckt sich der Bezirk der Gemeinde-Krankenversicherung oder der Ortskrankenkasse über mehrere Gemeindebezirke, so kann durch die Zentralbehörde die Entscheidung anderen Behörden übertragen werden. Die Entscheidung kann binnen 4 Wochen nach der Zustellung derselben mittelst Klage im ordentlichen Rechtswege, soweit aber landesgesetzlich solche Streitigkeiten dem Verwaltungsstreitverfahren überwiesen sind, im Wege des letzteren angefochten werden.

Streitigkeiten über die im § 57 Absatz 2 und 3 bezeichneten Ansprüche, Streitigkeiten über Erstattungsansprüche aus § 3a Absatz 4, §§ 3b und 57a, ferner Streitigkeiten zwischen Gemeinde-Krankenversicherungen und Krankenkassen über den Ersatz irrtümlich geleisteter Unterstützungen werden im Verwaltungsstreitverfahren, wo ein solches nicht besteht, von der Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung der Aufsichtsbehörde kann binnen 4 Wochen nach Zustellung derselben im Wege des Rekurses nach Maßgabe der §§ 20 und 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

Streitigkeiten zwischen einem Verbande und den beteiligten Kassen (§ 46) aus dem Verbandsverhältnis werden von der Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidungen können binnen 4 Wochen nach der Zustellung derselben im Wege des Verwaltungsstreitverfahrens, wo ein solches nicht besteht, im Wege des Rekurses nach Maßgabe der Vorschriften der §§ 20 und 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

Die Entscheidung der Aufsichtsbehörde über Unterstützungsansprüche oder über Ansprüche eines Verbandes an die beteiligten Kassen (Absatz 1 und 3) ist vorläufig vollstreckbar.

E. Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen.

§ 59. Krankenkassen, welche für einen der im § 1 bezeichneten Betriebe oder für mehrere dieser Betriebe gemeinsam in der Weise errichtet werden, daß auf dem Wege des Arbeitsvertrages (durch Fabrikordnung, Reglement u. s. w.) die in

dem Betriebe beschäftigten Personen zum Beitritt verpflichtet werden, unterliegen den nachfolgenden Vorschriften.

§ 60. Ein Unternehmer, welcher in einem Betriebe, oder in mehreren Betrieben 50 oder mehr dem Krankenversicherungszwange unterliegende Personen beschäftigt, ist berechtigt, eine Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse zu errichten.

Er kann dazu durch Anordnung der höheren Verwaltungsbehörde verpflichtet werden, wenn dies von der Gemeinde, in welcher die Beschäftigung stattfindet, oder von der Krankenkasse welcher die beschäftigten Personen angehören, beantragt wird. Vor der Anordnung ist dem Unternehmer, sowie den von ihm beschäftigten Personen oder von diesen gewählten Vertretern und, falls der Antrag von einer Ortskrankenkasse ausgegangen ist, auch der Gemeinde zu einer Aeußerung darüber Gelegenheit zu geben.

§ 61. Unternehmer eines Betriebes, welcher für die darin beschäftigten Personen mit besonderer Krankheitsgefahr verbunden ist, können auch dann, wenn sie weniger als 50 Personen beschäftigen, zur Errichtung einer Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse angehalten werden.

Unternehmern eines Betriebes, in welchen weniger als 50 Personen beschäftigt werden, kann die Errichtung einer Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse gestattet werden, wenn die nachhaltige Leistungsfähigkeit der Kasse in einer von der höheren Verwaltungsbehörde für ausreichend erachteten Weise sichergestellt ist.

§ 62. Unternehmer, welche der Verpflichtung, eine Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse zu errichten, innerhalb der von der höheren Verwaltungsbehörde zu bestimmenden Frist nicht nachkommen, sind verpflichtet, für jede in ihrem Betriebe beschäftigte, dem Versicherungszwange unterliegende Person Beiträge bis zu 5 Proz. des verdienten Lohnes aus eigenen Mitteln zur Gemeinde-Krankenversicherung oder zur Ortskrankenkasse zu leisten.

Die Höhe der zu leistenden Beiträge wird nach Anhörung der Gemeindebehörde von der höheren Verwaltungsbehörde endgültig festgesetzt.

§ 63. Versicherungspflichtige Personen, welche in dem Betriebe, für welchen eine Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse errichtet ist, beschäftigt werden, gehören vorbehaltlich der Bestimmungen des § 75 mit dem Tage des Eintritts in die Beschäftigung der Kasse als Mitglieder an.

Nichtversicherungspflichtige in dem Betriebe beschäftigte Personen haben das Recht, der Kasse beizutreten, sofern ihr jährliches Gesamteinkommen 2000 M. nicht übersteigt. Der Beitritt erfolgt durch schriftliche oder mündliche Anmeldung bei dem Kassenvorstande, gewährt aber keinen Anspruch auf Unterstützung im Falle einer bereits zur Zeit dieser Anmeldung eingetretenen Erkrankung. Die Kasse ist berechtigt, nichtversicherungspflichtige Personen, welche sich zum Beitritt melden, einer ärztlichen Untersuchung unterziehen zu lassen und ihre Aufnahme abzulehnen, wenn die Untersuchung eine bereits bestehende Krankheit ergibt.

Versicherungspflichtigen Personen ist der Austritt mit dem Schlusse des Rechnungsjahres zu gestatten, wenn sie denselben mindestens 3 Monate vorher bei dem Vorstande beantragen und vor dem Austritt nachweisen, daß sie einer der im § 75 bezeichneten Kassen angehören.

Nichtversicherungspflichtige Personen, welche die Beiträge an zwei auf einander folgenden Zahlungsterminen nicht geleistet haben, scheiden damit aus der Kasse aus.

§ 64. Die für Ortskrankenkassen geltenden Bestimmungen der §§ 20—42, 46—46b, 48a und 49a Absatz 4 finden auf Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen mit folgenden Abänderungen Anwendung:

1) Das Kassestatut (§ 23) ist durch den Betriebsunternehmer in Person oder durch einen Beauftragten nach Anhörung der beschäftigten Personen oder der von denselben gewählten Vertreter zu errichten.
2) Durch das Kassenstatut kann dem Betriebsunternehmer oder einem Vertreter desselben der Vorsitz im Vorstande und in der Generalversammlung übertragen werden.
3) Die Rechnungs- und Kassenführung ist unter Verantwortlichkeit und auf Kosten des Betriebsunternehmers durch einen von demselben zu bestellenden Rechnungs- und Kassenführer wahrzunehmen. Verwendungen von Kassengeldern in den Nutzen der Betriebsunternehmer fallen unter die Vorschrift des § 42 Absatz 2.
4) Reichen die Bestände einer auf Grund der Vorschrift des § 61 errichteten Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse nicht aus, um die laufenden Ausgaben derselben zu decken, so sind von dem Betriebsunternehmer die erforderlichen Vorschüsse zu leisten.
5) die aus dem Betriebe ausgeschiedenen Personen, welche auf Grund der Vorschrift des § 27 Mitglieder der Kasse bleiben, können Stimmrechte nicht ausüben und Kassenämter nicht bekleiden.

§ 65. Die Betriebsunternehmer sind verpflichtet, die statutenmäßigen Eintrittsgelder und Beiträge für die von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Kassen-

mitglieder zu den durch das Kassenstatut festgesetzten Zahlungsterminen in die Kasse einzuzahlen und die Beiträge zu einem Drittel aus eigenen Mitteln zu leisten.

Werden die gesetzlichen Mindestleistungen der Kasse (§ 20) durch die Beiträge, nachdem diese für die Versicherten 4 Proz. der durchschnittlichen Tagelöhne oder des Arbeitsverdienstes erreicht haben, nicht gedeckt, so hat der Betriebsunternehmer die zur Deckung derselben erforderlichen Zuschüsse aus eigenen Mitteln zu leisten.

Die Bestimmungen des § 52 Absatz 3 und der §§ 52a—53a, 54a—58 finden auch auf Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen entsprechende Anwendung.

§ 66. Auf die Beaufsichtigung der Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen finden die §§ 44, 45 Anwendung.

Die Aufsichtsbehörde ist befugt, Ansprüche, welche der Kasse gegen den Betriebsunternehmer aus der Rechnungs- und Kassenführung erwachsen (§ 64 Ziffer 3), in Vertretung der Kasse entweder selbst oder durch einen von ihr zu bestellenden Vertreter geltend zu machen.

§ 67. Wird der Betrieb oder werden die Betriebe, für welche die Kasse errichtet ist, zeitweilig eingestellt oder soweit eingeschränkt, daß die Zahl der darin beschäftigten versicherungspflichtigen Personen unter die doppelte Zahl der statutenmäßigen Vorstandsmitglieder sinkt, so kann die Verwaltung von der Aufsichtsbehörde übernommen werden, welche dieselbe durch einen von ihr zu bestellenden Vertreter wahrzunehmen hat.

Das vorhandene Kassenvermögen, die Rechnungen, Bücher und sonstigen Aktenstücke der Kasse sind in diesem Falle der Aufsichtsbehörde auszuliefern.

Vorstehende Bestimmungen finden keine Anwendung, wenn die zeitweilige Einstellung oder Einschränkung eine durch die Art des Betriebes bedingte periodisch wiederkehrende ist.

§ 67a. Geht von mehreren Betrieben eines Unternehmers, für welche eine gemeinsame Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse besteht, einer in den Besitz eines anderen Unternehmers über, so scheiden die in diesem Betriebe beschäftigten Personen auf den Antrag eines der beteiligten Unternehmer aus der Kasse aus.

In diesem Falle erfolgt die Teilung des Vermögens der bisher gemeinsamen Kasse nach folgenden Bestimmungen:

1) Ergibt sich nach Berichtigung der etwa vorhandenen Schulden und Deckung der vor dem Zeitpunkte des Ausscheidens bereits entstandenen Unterstützungsansprüche ein überschießendes Vermögen, so ist der Teil desselben, welcher dem Verhältnis der Zahl der ausscheidenden zur Gesamtzahl der bisherigen Kassenmitglieder entspricht, derjenigen Krankenkasse zu überweisen, welcher die in dem ausscheidenden Betriebe beschäftigten Personen fortan anzugehören haben.
2) Ergibt sich ein Fehlbetrag, so ist derselbe, falls der Antrag von dem Unternehmer des ausscheidenden Betriebes gestellt worden ist, von diesem in dem unter Ziffer 1 festgesetzten Verhältnis zu decken.

Der Antrag auf Ausscheidung ist an die höhere Verwaltungsbehörde zu richten. Diese bestimmt den Zeitpunkt, mit welchem die Ausscheidung stattzufinden hat, und entscheidet über die Verteilung des Vermögens. Gegen diese Entscheidung steht den Beteiligt binnen 2 Wochen die Beschwerde an die Zentralbehörde zu.

§ 67b. Bei Veränderungen in der Organisation einer öffentlichen Betriebsverwaltung kann auf deren Antrag die höhere Verwaltungsbehörde die Bezirke der für diese Verwaltung bestehenden Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen nach Anhörung der Kassenorgane anderweit festsetzen. Dabei finden die Vorschriften des § 67a Absatz 2 und 3 entsprechende Anwendung.

§ 67c. Mehrere Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen für Betriebe desselben Unternehmers können mit Zustimmung ihrer Generalversammlungen zu einer Kasse vereinigt werden.

Die Vereinigung erfolgt durch Errichtung eines Kassenstatuts für die vereinigte Kasse nach Vorschrift des § 64 Ziffer 1 mit der Maßgabe, daß als Vertreter der beschäftigten Personen die Generalversammlungen der bestehenden Kassen gelten.

Mit dem Zeitpunkte, zu welchem die vereinigte Kasse ins Leben tritt, gehen auf dieselbe alle Rechte und Verbindlichkeiten der bisherigen Kassen über.

§ 68. Die Kasse ist zu schließen:

1) wenn der Betrieb oder die Betriebe, für welche sie errichtet ist, aufgelöst werden;
2) soweit nicht auf den Betrieb, für welchen die Kasse errichtet ist, die Vorschrift des § 61 Absatz 1 Anwendung findet, wenn die Zahl der in dem Betriebe beschäftigten versicherungspflichtigen Personen dauernd unter die gesetzliche Mindestzahl (§ 60) sinkt und die dauernde Leistungsfähigkeit der Kasse nicht genügend sichergestellt wird (§ 61 Absatz 2);
3) wenn der Betriebsunternehmer es unterläßt, für ordnungsmäßige Kassen- und Rechnungsführung Sorge zu tragen.

In dem Falle zu 3 kann gleichzeitig mit der Schließung der Kasse dem Betriebsunternehmer die im § 62 vorgesehene Verpflichtung auferlegt und die Errichtung einer neuen Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse versagt werden.

Die Kasse kann nach Anhörung der beteiligten Gemeinden aufgelöst werden, wenn der Betriebsunternehmer unter Zustimmung der Generalversammlung die Auflösung beantragt.

Die Schließung oder Auflösung erfolgt durch die höhere Verwaltungsbehörde. Gegen den dieselbe aussprechenden oder ablehnenden Bescheid, in welchem die Gründe anzugeben sind, kann binnen zwei Wochen nach der Zustellung Beschwerde an die vorgesetzte Behörde erhoben werden.

Auf das Vermögen der geschlossenen oder aufgelösten Kasse finden die Vorschriften des § 47 Absatz 5 entsprechende Anwendung. Sind die zur Deckung bereits entstandener Unterstützungsansprüche erforderlichen Mittel nicht vorhanden, so sind die letzteren vor Schließung oder Auflösung der Kasse aufzubringen. Die Haftung für dieselben liegt dem Betriebsunternehmer ob.

F. Baukrankenkassen.

§ 69. Für die bei Eisenbahn-, Kanal-, Wege-, Strom-, Deich- und Festungsbauten, sowie in anderen vorübergehenden Baubetrieben beschäftigten Personen haben die Bauherrn auf Anordnung der höheren Verwaltungsbehörde Baukrankenkassen zu errichten, wenn sie zeitweilich eine größere Zahl von Arbeitern beschäftigen.

§ 70. Die den Bauherrn obliegende Verpflichtung kann mit Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde auf einen oder mehrere Unternehmer, welche die Ausführung des Baues oder eines Teiles desselben für eigene Rechnung übernommen haben, übertragen werden, wenn dieselben für die Erfüllung der Verpflichtung eine nach dem Urteil der höheren Verwaltungsbehörde ausreichende Sicherheit bestellen.

§ 71. Bauherrn, welche der ihnen nach § 69 auferlegten Verpflichtung nicht nachkommen, haben den von ihnen beschäftigten Personen für den Fall einer Krankheit und im Falle des Todes derselben ihren Hinterbliebenen die im § 20 vorgeschriebenen Unterstützungen aus eigenen Mitteln zu leisten.

§ 72. Die in Gemäßheit des § 69 errichteten Krankenkassen sind zu schließen:

1) wenn der Betrieb, für welchen sie errichtet sind, aufgelöst wird;
2) wenn der Bauherr oder Unternehmer es unterläßt, für ordnungsmäßige Kassen- und Rechnungsführung Sorge zu tragen.

In dem Falle zu 2 trifft den Bauherrn oder Unternehmer die im § 71 ausgesprochene Verpflichtung.

Im übrigen finden auf die in Gemäßheit des § 69 errichteten Krankenkassen die Vorschriften des § 63—68 mit der Maßgabe Anwendung, daß über die Anwendbarkeit der Vorschrift des § 32 die höhere Verwaltungsbehörde bei Genehmigung des Kassenstatuts, über die Verwendung des bei Schließung oder Auflösung einer Kasse verbleibenden Restes des Kassenvermögens das Kassenstatut Bestimmung treffen muß. Eine Verwendung zu gunsten des Bauherrn oder Unternehmers ist ausgeschlossen.

Auf Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche, welche auf Grund des § 71 gegen den Bauherrn erhoben werden, findet die Vorschrift des § 58 Absatz 1 Anwendung; auf Streitigkeiten über Ersatzansprüche, welche auf Grund des § 71 und des § 57 Absatz 2 gegen den Bauherrn erhoben werden, findet die Vorschrift des § 58 Absatz 2 Anwendung.

G. Innungskrankenkassen.

§ 73. Auf Krankenkassen, welche auf Grund der Vorschriften des Titels VI der Gewerbeordnung von Innungen für die Gesellen und Lehrlinge ihrer Mitglieder errichtet werden, finden die Vorschriften des § 19 Absatz 5, §§ 20—22, 26–33, 39—42, 46, 46a, 46b, 48a Absatz 2, § 49a Absatz 4, §§ 51—53a, 54a—58, 65 Absatz 2 Anwendung.

Wird für eine Innung nach Maßgabe der vorstehenden Bestimmung eine Innungskrankenkasse errichtet, so werden die von Innungsmitgliedern in ihrem Gewerbebetriebe beschäftigten versicherungspflichtigen Personen, vorbehaltlich der Bestimmung des § 75, soweit sie zu dem Zeitpunkte, mit welchem die Kasse ins Leben tritt, in dieser Beschäftigung stehen, mit diesem Zeitpunkte, soweit sie später in diese Beschäftigung eintreten, mit diesem Eintritt Mitglieder der Innungskrankenkasse.

Versicherungspflichtige Personen, deren Arbeitgeber der Innung für welche eine Innungskrankenkasse errichtet ist, erst nach deren Errichtung beitreten, werden, soweit sie bisher einer Ortskrankenkasse angehörten, mit Beginn des neuen Rechnungs-

jahres Mitglieder der Innungskrankenkasse, sofern der Arbeitgeber 3 Monate zuvor dem Vorstande der Ortskrankenkasse seinen Eintritt in die Innung nachgewiesen hat.

Mit dem Zeitpunkte, mit welchem versicherungspflichtige Personen Mitglieder einer Innungskrankenkasse werden, scheiden sie aus anderen auf Grund dieses Gesetzes errichteten Kassen, welchen sie bis dahin vermöge ihrer Beschäftigung angehörten, aus.

Den Zeitpunkt, mit welchem eine neuerrichtete Innungskrankenkasse ins Leben tritt, bestimmt die höhere Verwaltungsbehörde.

Im übrigen bleiben für diese Kassen die Vorschriften des Titels VI der Gewerbeordnung in Kraft.

H. Verhältnis der Knappschaftskassen und der eingeschriebenen und anderen Hilfskassen zur Krankenversicherung.

§ 74. Für die Mitglieder der auf Grund berggesetzlicher Vorschriften errichteten Krankenkassen (Knappschaftskassen) tritt weder die Gemeinde-Krankenversicherung noch die Verpflichtung, einer nach Maßgabe der Vorschriften dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse anzugehören, ein.

Die statutenmäßigen Leistungen dieser Kassen in Krankheitsfällen müssen die für die Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen vorgeschriebenen Mindestleistungen erreichen.

Die Vorschriften des § 20 Absatz 5, § 26 Absatz 1 und 2 Satz 1, § 56 Absatz 2—4, § 56a und § 57a finden auch auf Knappschaftskassen Anwendung, und zwar die Vorschriften des § 56 Absatz 2—4 auch hinsichtlich aller den Knappschaftskassen berggesetzlich obliegenden Leistungen.

Im übrigen bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften über die Knappschaftskassen unberührt.

§ 75. Mitglieder der auf Grund des Gesetzes über die eingeschriebenen Hilfskassen vom $\frac{\text{7. April 1876 (R.G.Bl. S. 125)}}{\text{1. Juni 1884 (R.G.Bl. S. 54)}}$ errichteten Kassen sind von der Verpflichtung, der Gemeinde-Krankenversicherung oder einer nach Maßgabe dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse anzugehören, befreit, wenn die Hilfskasse, welcher sie angehören, allen ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern oder doch derjenigen Mitgliederklasse, zu welcher der Versicherungspflichtige gehört, im Krankheitsfalle mindestens diejenigen Leistungen gewährt, welche nach Maßgabe der §§ 6 und 7 von der Gemeinde, in deren Bezirk der Versicherungspflichtige beschäftigt ist, zu gewähren sind. Die durch Kassenstatut begründeten Beschränkungen der Unterstützungsansprüche schließen die Befreiung nicht aus, wenn sie sich innerhalb der Grenzen der den Gemeinden nach § 6a gestatteten Beschränkungen halten.

Tritt ein Mitglied einer eingeschriebenen Hilfskasse an einem Orte in Beschäftigung, an welchem das Krankengeld der Mitgliederkasse, der es bisher angehörte, hinter dem von der Gemeinde-Krankenversicherung zu gewährenden Krankengelde zurückbleibt, so gilt die Befreiung noch für die Dauer von 2 Wochen. Die Meldepflicht des Arbeitgebers (§ 49 Absatz 1) beginnt in diesen Fällen erst mit dem Ablauf dieser 2 Wochen.

Mitgliedern einer eingeschriebenen Hilfskasse, welche zugleich der Gemeinde-Krankenversicherung oder einer auf Grund dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse angehören, kann an Stelle der freien ärztlichen Behandlung und Arznei eine Erhöhung des Krankengeldes um ein Viertel des Betrages des ortsüblichen Tagelohnes (§ 8) ihres Beschäftigungsortes gewährt werden.

Die vorstehenden Bestimmungen finden auch auf Mitglieder solcher auf Grund landesrechtlicher Vorschriften errichteten Hilfskassen Anwendung, deren Statut von einer Staatsbehörde genehmigt ist und über die Bildung eines Reservefonds den §§ 32, 33 entsprechende Bestimmungen enthält.

§ 75a. Den eingeschriebenen Hilfskassen, sowie den im § 75 Absatz 4 bezeichneten, auf Grund landesrechtlicher Vorschriften errichteten Hilfskassen ist auf ihren Antrag eine amtliche Bescheinigung darüber auszustellen, daß sie, vorbehaltlich der Höhe des Krankengeldes, den Anforderungen des § 75 genügen.

Die Bescheinigung wird ausgestellt:

1) für Kassen, deren Bezirk über die Grenzen eines Bundesstaates nicht hinausreicht, von der Zentralbehörde,
2) für Kassen, deren Bezirk über die Grenzen eines Bundesstaates hinausreicht, von dem Reichskanzler.

Wird die Bescheinigung versagt, so sind die Gründe mitzuteilen.

Tritt in dem Statut der Kasse eine Aenderung ein, so ist von Amts wegen zu prüfen, ob die Kasse den Anforderungen des § 75 auch ferner entspricht. Nach dem Ausfall dieser Prüfung ist die Bescheinigung von neuem zu erteilen oder zu widerrufen.

Die Bescheinigung und deren Widerruf sind in dem Falle zu 1 durch das für die amtlichen Bekanntmachungen der Zentralbehörde bestimmte Blatt, in dem Falle zu 2 durch den Reichsanzeiger bekannt zu machen.

§ 75b. Bei Streitigkeiten über die Befreiung eines Mitgliedes einer Hilfskasse von der Verpflichtung, einer Gemeinde-Krankenversicherung oder einer auf Grund dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse anzugehören, ist für die Entscheidung der Frage, ob die Kasse den Anforderungen des § 75 genügt, vorbehaltlich der Frage, ob das Krankengeld die Hälfte des ortsüblichen Lohnes gewöhnlicher Tagearbeiter am Beschäftigungsorte des Mitgliedes erreicht, die auf Grund des § 75a ausgestellte Bescheinigung maßgebend.

Der Nachweis der Bescheinigung wird durch Vorlegung eines Exemplars des Kassenstatuts geführt, in welchem das die Bekanntmachung enthaltende Blatt nach Jahrgang, Nummer und Seitenzahl angegeben ist.

§ 76. Die Bestimmung des § 20 Absatz 5, § 57, § 58 Absatz 2 finden auf die im § 75 bezeichneten Hilfskassen Anwendung.

J. Schluß-, Straf- und Uebergangsbestimmungen.

§ 76a. Die Verwaltungen der Gemeinde-Krankenversicherung, sowie die Vorstände der Krankenkassen und der im § 75 bezeichneten Hilfskassen sind verpflichtet, den Behörden von Gemeinden und Armenverbänden, welche auf Grund der ihnen obliegenden gesetzlichen Verpflichtung zur Unterstützung hilfsbedürftiger Personen Versicherte unterstützt haben, auf Erfordern Auskunft darüber zu erteilen, ob und in welchem Umfange diesen Personen gegen sie Unterstützungsansprüche auf Grund dieses Gesetzes zustehen.

Die Verwaltungen der Gemeinde-Krankenversicherung, sowie die Vorstände der Krankenkassen und der im § 75 bezeichneten Hilfskassen sind ferner verpflichtet, den auf Grund der Unfallversicherungsgesetze bestehenden Berufsgenossenschaften, sowie den auf Grund des Gesetzes, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung, vom 22. Juni 1889 (R.G.Bl. S. 97) bestehenden Versicherungsanstalten zu gestatten, zum Zweck der Ermittelung der von ihren Mitgliedern beziehungsweise den Arbeitgebern ihres Bezirks beschäftigten Versicherten und deren Beschäftigungszeit und Lohnhöhe durch Beauftragte von den Büchern und Listen der Kasse in deren Geschäftsräumen während der Geschäftsstunden Einsicht zu nehmen.

Die Mitglieder der Verwaltungen der Gemeinde-Krankenversicherung und der Kassenvorstände können zur Erfüllung der ihnen durch vorstehende Bestimmungen auferlegten Verpflichtungen von der Aufsichtsbehörde durch Geldstrafen bis zu 20 M. angehalten werden.

§ 76b. Die Verwaltungen der Gemeinde-Krankenversicherung, sowie die Vorstände der Krankenkassen und der im § 75 bezeichneten Hilfskassen sind verpflichtet, jeden Erkrankungsfall, welcher durch einen nach den Unfallversicherungsgesetzen zu entschädigenden Unfall herbeigeführt ist, sofern mit dem Ablauf der 4. Woche der Krankheit die Erwerbsfähigkeit des Erkrankten noch nicht wiederhergestellt ist, binnen einer Woche nach diesem Zeitpunkte dem Vorstande der Berufsgenossenschaft, bei welcher der Erkrankte gegen Unfall versichert ist, anzuzeigen. Ist die Berufsgenossenschaft in Sektionen geteilt, so ist die Anzeige an den Sektionsvorstand zu richten. Zur Erstattung der Anzeige ist, sofern der Vorstand der Gemeinde oder der Krankenkasse nicht eine andere Person damit beauftragt, der Rechnungsführer für örtliche Verwaltungsstellen der eingeschriebenen Hilfskassen dasjenige Mitglied, welches die Rechnungsgeschäfte derselben führt, verpflichtet.

Die Unterlassung der Anzeige kann von der Aufsichtsbehörde mit Ordnungsstrafe bis zu 20 M. geahndet werden.

§ 76c. In Erkrankungsfällen, welche durch Unfall herbeigeführt werden, ist die Berufsgenossenschaft berechtigt, das Heilverfahren auf ihre Kosten zu übernehmen. Vom Tage der Uebernahme an bis zur Beendigung des Heilverfahrens oder bis zum Ablauf der 26. Woche nach Beginn des Krankengeldbezuges geht der Anspruch des Erkrankten auf Krankengeld auf die Berufsgenossenschaft über. Auf diese gehen dagegen für denselben Zeitraum alle Verpflichtungen über, welche der Krankenkasse dem Erkrankten gegenüber obliegen.

Streitigkeiten aus diesem Verhältnis werden, soweit sie zwischen dem Erkrankten und der Berufsgenossenschaft entstehen, nach Vorschrift des § 58 Absatz 1, soweit sie zwischen der Berufsgenossenschaft und der Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse entstehen, nach Vorschrift des § 58 Absatz 2 entschieden.

§ 76d. Den Berufsgenossenschaften stehen in Beziehung auf die Anwendung der §§ 76a, 76b, 76c das Reich, die Staaten und diejenigen Verbände gleich, welche nach den Bestimmungen der Unfallversicherungsgesetze an die Stelle der Berufsgenossenschaften treten.

§ 76e. Gegen die Strafverfügungen, welche auf Grund der im § 6a Absatz 2 und § 26a Absatz 2 Ziffer 2a zugelassenen Bestimmungen getroffen worden sind, ist binnnen 2 Wochen nach deren Eröffnung Beschwerde an die Aufsichtsbehörde zulässig. Die Entscheidung der letzteren ist endgültig.

Gegen die auf Grund der §§ 76a und 76b getroffenen Strafverfügungen ist binnen 2 Wochen nach deren Eröffnung Beschwerde an die nächst vorgesetzte Behörde zulässig. Die Entscheidung der letzteren ist endgültig.

§ 77. Die auf Grund dieses Gesetzes gewährten Leistungen, sowie die Unterstützungen, welche nach Maßgabe des § 57 Absatz 2 und 3 ersetzt sind, gelten nicht als öffentliche Armenunterstützungen.

§ 78. Die auf Grund dieses Gesetzes versicherten Personen sind in Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche vom Kostenvorschuß befreit.

Amtliche Bescheinigungen, welche zur Legitimation von Kassen- und Verbandsvorständen oder zur Führung der den Versicherten nach Vorschriften dieses Gesetzes obliegenden Nachweise erforderlich werden, sind gebühren- und stempelfrei.

§ 78a. Bei der Berechnung einer in diesem Gesetze vorgesehenen Frist, welche nach Tagen bestimmt ist, wird der Tag nicht mitgerechnet, auf welchen der Zeitpunkt oder das Ereignis fällt, nach welchem der Anfang der Frist sich richten soll.

Eine nach Wochen oder Monaten bestimmte Frist endigt mit Ablauf desjenigen Tages der letzten Woche oder des letzten Monats, welcher durch seine Benennung oder Zahl dem Tage entspricht, an welchem die Frist begonnen hat. Fehlt dieser Tag in dem letzten Monat, so endigt die Frist mit Ablauf des letzten Tages dieses Monats.

Fällt das Ende einer Frist auf einen Sonntag oder allgemeinen Feiertag, so endigt die Frist mit Ablauf des nächstfolgenden Werktages. Auf die Berechnung der Dauer der Krankenunterstützung findet diese Vorschrift keine Anwendung.

§ 79. Die Fristen und Formulare für die in den §§ 9, 41 vorgeschriebenen Uebersichten und Rechnungsabschlüsse werden vom Bundesrat festgestellt. Mindestens von 5 zu 5 Jahren findet eine einheitliche Zusammenstellung und Verarbeitung für das Reich statt.

§ 80. Den Arbeitgebern ist untersagt, die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes zum Nachteile der Versicherten durch Verträge (mittelst Reglements oder besonderer Uebereinkunft) auszuschließen oder zu beschränken. Vertragsbestimmungen, welche diesem Verbote zuwiderlaufen, haben keine rechtliche Wirkung.

§ 81. Wer der ihm nach § 49 oder nach den auf Grund des § 2 Absatz 2 erlassenen Bestimmungen obliegenden Verpflichtung zur An- oder Abmeldung oder der ihm nach § 49a obliegenden Anzeigepflicht nicht nachkommt, wird mit Geldstrafe bis zu 20 M. bestraft.

§ 82. Arbeitgeber, welche den von ihnen beschäftigten, dem Krankenversicherungszwange unterliegenden Personen bei der Lohnzahlung vorsätzlich höhere als die nach §§ 53, 65 zulässigen Beträge in Anrechnung bringen, oder der Bestimmung des § 53 Absatz 3, oder dem Verbote des § 80 entgegenhandeln, werden, sofern nicht nach anderen gesetzlichen Bestimmungen eine härtere Strafe eintritt, mit Geldstrafe bis zu 300 M. oder mit Haft bestraft.

§ 82a. Die Arbeitgeber sind befugt, die Erfüllung der ihnen durch dieses Gesetz auferlegten Verpflichtungen solchen Personen zu übertragen, welche sie zur Leitung ihres Betriebes oder eines Teiles desselben oder zur Beaufsichtigung bestellt haben.

Sind die in diesem Gesetze gegebenen Vorschriften von solchen Personen übertreten worden, so trifft die Strafe die letzteren. Der Arbeitgeber ist neben denselben strafbar, wenn die Zuwiderhandlung mit seinem Vorwissen begangen ist, oder wenn er bei der nach den Verhältnissen möglichen eigenen Beaufsichtigung des Betriebes, oder bei der Auswahl oder der Beaufsichtigung der Betriebsleiter oder Aufsichtspersonen es an der erforderlichen Sorgfalt hat fehlen lassen.

Für den Erstattungsanspruch aus § 50 haftet neben dem zur Anmeldung etwa verpflichteten Betriebsleiter oder Aufseher in allen Fällen auch der Arbeitgeber. Mehrere Verpflichtete haften dabei als Gesamtschuldner.

§ 82b. Arbeitgeber, welche den von ihnen beschäftigten Personen auf Grund des § 53 Lohnbeträge in Abzug bringen, diese Beträge aber in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, oder die berechtigte Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse zu schädigen, den letzteren vorenthalten, werden mit Gefängnis bestraft, neben welchem auf Geldstrafe bis zu 3000 M., sowie auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden kann. Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann ausschließlich auf Geldstrafe erkannt werden.

§ 82c. Die auf Grund der §§ 81, 82, 82a verhängten Geldstrafen fließen derjenigen Orts-, Betriebs- (Fabrik-), Bau- oder Innungskrankenkasse zu, welcher die beteiligte versicherungspflichtige Person angehört, in Ermangelung einer solchen Kasse der Gemeinde-Krankenversicherung.

§ 83. Die in diesem Gesetze für Gemeinden getroffenen Bestimmungen gelten auch für die einem Gemeindeverbande nicht einverleibten selbständigen Gutsbezirke und Gemarkungen (ausmärkische Bezirke) mit Ausnahme des § 5 Absatz 2 und des § 13. Soweit aus denselben der Gemeinde Rechte und Pflichten erwachsen, tritt an ihre Stelle der Gutsherr oder der Gemarkungsberechtigte.

§ 84. Die Bestimmung darüber, welche Behörden in jedem Bundestaate unter Gemeindebehörde, höhere Verwaltungsbehörde, und welche Verbände als weitere Kommunalverbände im Sinne dieses Gesetzes zu verstehen sind, bleibt den Landesregierungen mit der Maßgabe überlassen, daß mit den von den höheren Verwaltungsbehörden wahrzunehmenden Geschäften diejenigen höheren Verwaltungsbehörden zu betrauen sind, welche nach Landesrecht die Aufsicht oder Oberaufsicht in Gemeindeangelegenheiten wahrzunehmen haben.

Die auf Grund dieser Vorschrift erlassenen Bestimmungen sind bekannt zu machen.

Bei Betriebs- (Fabrik-) und Baukrankenkassen, welche ausschließlich für Betriebe des Reichs oder des Staates errichtet werden, können die Befugnisse und Obliegenheiten der Aufsichtsbehörde und der höheren Verwaltungsbehörde den den Verwaltungen dieser Betriebe vorgesetzten Dienstbehörden übertragen werden.

§ 85. Bestehende Krankenkassen, in Ansehung deren nach den bisher geltenden Vorschriften für Personen, welche unter die Vorschrift des § 1 fallen, eine Beitrittspflicht begründet war, unterliegen den Vorschriften dieses Gesetzes.

Bisherige Leistungen dieser Kassen, welche nach den Vorschriften dieses Gesetzes von den Krankenkassen nicht übernommen werden dürfen, können, soweit sie nicht in Invaliden-, Witwen- und Waisenpensionen bestehen, beibehalten werden, sofern die bisherigen statutenmäßigen Kassenbeiträge mit Hilfe der Einkünfte des des etwa vorhandenen Vermögens nach dem Urteil der höheren Verwaltungsbehörde zur dauernden Deckung der Kassenleistungen ausreichend sind, oder auf dem für die Abänderung des Statuts vorgeschriebenen Wege und unter Berücksichtigung der Vorschrift des § 31 Absatz 2 erhöht werden.

Im übrigen finden auf die Abänderung des Statuts die Vorschriften der §§ 24, 30 Anwendung.

§ 86. Für Kassen der im § 85 bezeichneten Art, welche neben den nach den Vorschriften dieses Gesetzes zulässigen Leistungen Invaliden-, Witwen- oder Waisenpensionen gewähren, treten folgende Bestimmungen in Kraft:

1) Die bisherige Kasse bleibt als Krankenkasse bestehen. Auf dieselbe finden die Vorschriften des § 85 Anwendung.
2) Der statutenmäßigen Vertretung der bisherigen Kasse, bei Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasen (§ 59) jedoch nur unter Zustimmung des Betriebsunternehmers, ist gestattet, eine besondere Pensionskasse mit Beitrittszwang für diejenigen Klassen von Personen, welche der bisherigen Kasse beizutreten verpflichtet waren, zu errichten.
3) Für die neue Pensionskasse ist durch Beschluß der Vertretung der bisherigen Kasse, bei Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen durch den Betriebsunternehmer, nach Anhörung der Vertreter der bisherigen Kasse ein Kassenstatut zu errichten.
4) Findet die Errichtung einer besonderen Pensionskasse statt, so erfolgt die Verwendung des Vermögens der bisherigen Kasse nach Anordnung der höheren Verwaltungsbehörde in der Weise, daß zunächst derjenige Betrag, welcher zur Deckung der bereits bestandenen Pensionsansprüche erforderlich ist, ausgeschieden und der Pensionskasse mit der Verpflichtung, diese Ansprüche zu befriedigen, überwiesen wird. Der Rest des Vermögens wird zwischen der Krankenkasse und der Pensionskasse mit der Maßgabe verteilt, daß der Krankenkasse höchstens der 2-jährige Betrag der nach Vorschrift des neuen Kassenstatuts für die derzeitigen Kassenmitglieder zu erhebenden Beiträge überwiesen wird.
5) Wird eine besondere Pensionskasse nicht errichtet, so ist nach Anordnung der höheren Verwaltungsbehörde aus dem Vermögen der bisherigen Kasse derjenige Betrag auszuscheiden, welcher erforderlich ist, um die bereits entstandenen Pensionsansprüche zu decken.

Für den ausgeschiedenen Vermögensteil ist von der höheren Verwaltungsbehörde eine besondere Verwaltung zu bestellen, auf welche die Verpflichtung zur Befriedigung der Pensionsansprüche übergeht.

Reicht das Vermögen der bisherigen Kasse nicht aus, um die bereits entstandenen Pensionsansprüche zu decken, so werden die letzteren um den nicht gedeckten Betrag pro rata ermäßigt.

Der nach der Ausscheidung verbleibende Rest des Vermögens der bisherigen Kasse und der nach Befriedigung sämtlicher auf den ausgeschiedenen Vermögensteil angewiesenen Ansprüche von diesem verbleibende Rest fallen der Krankenkasse zu.

§ 87. Das Gesetz, betreffend die Abänderung des Titels VIII der Gewerbeordnung, vom 8. April 1876 (R.G.Bl. S. 134) wird aufgehoben. Die auf Grund des Artikels 1 §§ 141a, 141c, 141e desselben getroffenen statutarischen Bestimmungen treten, soweit sie den Vorschriften dieses Gesetzes zuwiderlaufen, außer Kraft.

Das Gesetz über eingeschriebene Hilfskassen vom 7. April 1876 (R.G.Bl. S. 125) findet in Zukunft auf die unter die Vorschriften der Abschnitte C bis G dieses Gesetzes fallenden Kassen keine Anwendung mehr. Auf bestehende Kassen dieser Art, welche als eingeschriebene Hilfskassen zugelassen sind, finden die Vorschriften des § 85 Absatz 1 und 3 Anwendung.

Gesetz, betreffend weitere Abänderungen des Krankenversicherungsgesetzes.

Artikel III.

In Unterstützungsfällen, bei welchen zur Zeit des völligen Inkraftretens dieses Gesetzes die Dauer der Unterstützung nach den bisher geltenden Vorschriften noch nicht beendet ist, finden von diesem Zeitpunkt ab die Bestimmungen dieses Gesetzes Anwendung, sofern diese für den Unterstützungsberechtigten günstiger sind.

Artikel IV.

Dieses Gesetz tritt, soweit es sich um die zu seiner Durchführung notwendigen Maßnahmen handelt, sofort, im übrigen mit dem 1. Januar 1904 in Kraft.

Insoweit Knappschaftskassen in Frage kommen, kann mit Zustimmung des Bundesrats durch Kaiserliche Verordnung ein späterer Zeitpunkt für das Inkrafttreten von Vorschriften dieses Gesetzes in einzelnen Bundesstaaten oder im Reichsgebiete bestimmt werden.

Sofern bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes die Statuten einer Krankenkasse die nach demselben erforderlichen Abänderungen nicht rechtzeitig erfahren sollten, werden diese Abänderungen durch die Aufsichtsbehörde mit rechtsverbindlicher Wirkung von Amts wegen vollzogen.

Die auf Grund des § 75a des Krankenversicherungsgesetzes den Hilfskassen ausgestellten Bescheinigungen verlieren am 1. Januar 1904 ihre Giltigkeit, sofern sie nicht nach der Verkündigung dieses Gesetzes von neuem erteilt worden sind.

Resolutionen.

I. Die verbündeten Regierungen um baldige Vorlage eines Gesetzentwurfs zu ersuchen, durch welchen die reichsgesetzliche Krankenversicherungspflicht auf die Hausindustrie, auf die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter, sowie auf die Dienstboten ausgedehnt wird.

II. Die verbündeten Regierungen zu ersuchen:

a) dem Reichstage tunlichst bald, wenn möglich in der nächsten Session, einen Gesetzentwurf zum Zwecke einer eingehenden und gründlichen Reform des Krankenversicherungsgesetzes vorzulegen;
b) in Vorbereitung dieser Vorlage, wie den Vorständen der Krankenkassen, so auch den Vertretungen des Aerztestandes und des Apothekerstandes Gelegenheit zur Geltendmachung ihrer Anschauungen und Wünsche zu geben und diesen, soweit möglich, gerecht zu werden;
c) insbesondere in eine Erwägung darüber einzutreten, ob sich nicht die Bildung von ständigen Kommissionen je aus gewählten Vertretern der Krankenkassen-Vorstände, der Aerzte und der Apotheker unter einem neutralen Vorsitzenden (Obmann) empfiehlt, welchen die Regelung der ärztlichen Behandlung und der Arzneiversorgung nebst Festsetzung eines Tarifs der Honorierung sowie die Entscheidung bezüglicher Streitigkeiten obliegt, — mit der Maßgabe, daß alle Aerzte und Apotheker, welche sich dieser Regelung unterstellen, als Kassenärzte und Apotheker im Sinne des § 6a Ziffer 6 und des § 26a Ziffer 2b gelten;
d) in den unter Ziffer a geforderten Gesetzentwurf zur gründlichen Reform des Krankenversicherungsgesetzes Bestimmungen aufzunehmen, welche, unter tunlichster Berücksichtigung der aus den Kreisen der Angestellten der Krankenkassen geäußerten Wünsche, eine feste Regelung der Anstellungs- und Dienstverhältnisse dieser Angestellten den Krankenkassen zur Pflicht machen.

III. Die verbündeten Regierungen zu ersuchen: in Erwägungen darüber einzutreten, ob nicht die 3 Versicherungarten (Kranken-, Invaliden- und Unfallversicherung) zum Zwecke der Vereinfachung und Verbilligung der Arbeiterversicherung in eine organische Verbindung zu bringen und die bisherigen Arbeiterversicherungsgesetze in einem einzigen Gesetze zu vereinigen seien.

Gesetz, betreffend die Unfall- und Krankenversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen, vom 5. Mai 1886 (R.G.Bl. S. 132).

B. Krankenversicherung.

§ 133. Werden durch die Landesgesetzgebung in der Land- oder Forstwirtschaft gegen Gehalt oder Lohn beschäftigte Personen der Krankenversicherungspflicht nach Maßgabe des Krankenversicherunsgesetzes vom 15. Juni 1883 (R.G.Bl. S. 73) unterworfen, so findet letzteres Gesetz mit den aus den §§ 134 bis 142 dieses Gesetz sich ergebenden Aenderungen Anwendung. Dasselbe gilt, wenn statutarische Bestimmungen auf Grund des § 2 des Krankenversicherungsgesetzes die Anwendung der Vorschriften des § 1 des letzteren auf solche Personen erstreckt wird.

§ 134. Gemeinden oder weitere Kommunalverbände können bei dem Erlasse statutarischer Bestimmungen über die Krankenversicherung land- und forstwirtschaftlicher Arbeiter beschließen, daß diese Bestimmungen auch auf außerhalb des Kommunalbezirks liegende Teile solcher Betriebe sich erstrecken sollen, deren Sitz innerhalb des Bezirks der Gemeinde oder des weiteren Kommunalverbandes belegen ist.

§ 135. (Aufgehoben durch Artikel 32 der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz.)

§ 136. Personen, welche erweislich mindestens für 26 Wochen nach der Erkrankung dem Arbeitgeber gegenüber einen Rechtsanspruch auf eine den Bestimmungen des § 6 des Krankenversicherungsgesetzes entsprechende oder gleichwertige Unterstützung haben, sind auf den Antrag des Arbeitgebers von der Versicherungspflicht zu befreien, sofern die Leistungsfähigkeit desselben genügend gesichert ist.

Ueber den Antrag entscheidet die Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung oder der Vorstand der Krankenkasse, welcher die zu befreiende Person angehören würde. Wird die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers beanstandet, so ist der Antrag an die Aufsichtsbehörde zur Entscheidung abzugeben.

Die Entscheidung über den Befreiungsantrag ist den Beteiligten zu eröffnen und vorläufig vollstreckbar. Gegen dieselbe steht jedem Beteiligten binnen 2 Wochen die Beschwerde an die vorgesetzte Aufsichtsbehörde zu.

Die Befreiung gilt für die Dauer des Arbeitsvertrages. Sie hört vor Beendigung derselben auf:

1) wenn dies von der im Absatz 2 bezeichneten Aufsichsbehörde wegen nicht genügender Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers — sei es von Amts wegen, sei es auf Vorschlag der Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung oder des Vorstandes der Krankenkasse — angeordnet wird.
2) wenn der Arbeitgeber die befreite Person zur Krankenversicherung anmeldet. Die Anmeldung ist im Falle einer zur Zeit derselben bereits eingetretenen Erkrankung ohne rechtliche Wirkung.

Insoweit einer nach Absatz 1 befreiten Person im Falle der Erkrankung von dem Arbeitgeber eine den Bestimmungen des § 6 des Krankenversicherungsgesetzes entsprechende oder gleichwertige Unterstützung nicht gewährt wird, ist dieselbe auf Antrag von der betreffenden Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse zu gewähren. Die hiernach gemachten Aufwendungen sind von dem Arbeitgeber zu ersetzen.

Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche, welche gegen die Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse auf Grund des vorstehenden Absatzes entstehen, werden nach Maßgabe des § 12 Absatz 1, Streitigkeiten über Ersatzansprüche zwischen der Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse einerseits und dem Arbeitgeber andererseits nach Maßgabe des § 12 Absatz 2 dieses Gesetzes entschieden.

§ 137. Für versicherungspflichtige Personen, welche erweislich auf Grund eines mindestens für die Dauer eines Jahres abgeschlossenen Arbeitsvertrages

1) jährliche Naturalleistungen mindestens im 300-fachen Werte des von der Gemeinde-Krankenversicherung beziehungsweise Krankenkasse für einen Krankentag zu zahlenden Krankengeldes beziehen, oder für den Krankentag einen Arbeitslohn an Geld oder Naturalleistungen erhalten, welcher von der Gemeinde-Krankenversicherung beziehungsweise Krankenkasse zu zahlenden täglichen Krankengeldes mindestens gleichkommt, und
2) auf Fortgewährung dieser Leistungen, innerhalb der Geltungsdauer des Arbeitsvertrages, für mindestens 26 Wochen nach der Erkrankung einen Rechtsanspruch haben,

tritt auf Antrag des Arbeitgebers während der Geltungsdauer des Arbeitsvertrages eine Ermäßigung der Versicherungsbeiträge ein, wogegen das Krankengeld in Wegfall kommt.

Die Ermäßigung der Beiträge erfolgt in demselben Verhältnisse, in welchem die Höhe des Krankengeldes zu dem Werte der sonstigen Kassenleistungen steht. Dies Verhältnis ist durch statutarische Bestimmung festzustellen, welche für die Gemeinde-Krankenversicherung von der Gemeinde, für die gemeinsame Gemeinde-Krankenversicherung (§ 12 des Krankenversicherungsgesetzes) durch den weiteren Kommunalverband, für Orts- und Betriebskrankenkassen durch das Kassenstatut zu treffen ist. Die statutarischen Bestimmungen der Gemeinden und weiteren Kommunalverbände bedürfen der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde; auf die Festsetzung durch das Kassenstatut findet § 24 des Krankenversicherungsgesetzes Anwendung. Wo weitere Kommunalverbände nicht bestehen, erfolgt die Festsetzung für die gemeinsame Gemeinde-Krankenversicherung durch die höhere Verwaltungsbehörde. Solange eine endgültige Festsetzung dieses Beitragsverhältnisses nicht erfolgt ist, wird für die nach Absatz 1 versicherten Personen der 3. Teil der für andere Kassenmitglieder geltenden Beiträge entrichtet.

Soweit die im Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen im Falle der Erkrankung von dem Arbeitgeber nicht in Gemäßheit des Arbeitsvertrages, auf Grund dessen die Ermäßigung der Beiträge erfolgt ist, gewährt werden, ist dem Erkrankten auf Antrag das Krankengeld von der Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse zu zahlen und derselben von dem Arbeitgeber zu ersetzen. Streitigkeiten über solche Ersatzansprüche werden nach Maßgabe des § 12 Absatz 2 dieses Gesetzes entschieden.

§ 138. Durch statutarische Bestimmung (§ 137 Absatz 2) kann eine entsprechende Kürzung des Krankengeldes und der Beiträge auch für solche Versicherten angeordnet werden, welche in Krankheitsfällen auf Grund ihres Arbeitsvertrages weniger als die im § 137 Absatz 1 festgesetzten Geld- oder Naturalleistungen beziehen. Die Kürzung muß dem Verhältnisse entsprechen, in welchem der Wert dieser Leistungen zu der Höhe des Krankengeldes steht. Im übrigen finden die Bestimmungen des § 137 auch auf Fälle dieser Art Anwendung.

§ 139 und § 140. (Aufgehoben durch Artikel 32 der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz.)

§ 141. Die auf Grund der §§ 2, 49—52 Absatz 1, 53, 54 des Krankenversicherungsgesetzes erlassenen statutarischen Bestimmungen sind, soweit sie den vorstehenden Vorschriften zuwiderlaufen, bis zum 1. Januar 1887 mit denselben in Uebereinstimmung zu bringen. Soweit dies nicht geschieht, kann die Landeszentralbehörde nach Ablauf dieser Frist solche statutarischen Bestimmungen ganz oder teilweise außer Kraft setzen.

Der § 3 Absatz 2 des Krankenversicherungsgesetzes findet auf die unter § 1 des gegenwärtigen Gesetzes fallenden Personen keine Anwendung.

§ 142. Durch statutarische Bestimmung einer Gemeinde für ihren Bezirk oder eines weiteren Kommunalverbandes für seinen Bezirk oder Teile desselben können Personen, welche innerhalb des betreffenden Bezirks wohnen und, ohne zu einem bestimmten Arbeitgeber in einem dauernden Arbeitsverhältnisse zu stehen, vorwiegend in land- oder forstwirtschaftlichen Betrieben dieses Bezirks gegen Lohn beschäftigt sind, auch für diejenige Zeit, in welcher eine Beschäftigung gegen Lohn nicht stattfindet, der Krankenversicherungspflicht unterworfen und, solange sie nicht zu einer die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung in einem anderen Erwerbszweige übergehen oder Mitglieder einer Betriebskrankenkasse werden, in diesem Bezirke zur Versicherung herangezogen werden.

Die nach solcher statutarischen Bestimmung versicherungspflichtigen Personen sind der Gemeinde-Krankenversicherung oder Ortskrankenkasse, welcher die sonstigen versicherungspflichtigen land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter angehören, durch die Gemeindebehörde zu überweisen. Ihre Versicherung beginnt mit dem Tage ihrer Ueberweisung.

Die Ueberweisung ist zurückzunehmen, wenn die Voraussetzungen ihrer Zulässigkeit aufhören.

Die Ueberweisung, sowie der die Zurücknahme derselben ablehnende Bescheid kann nach Maßgabe des § 12 Absatz 2 dieses Gesetzes angefochten werden.

Ob und und inwieweit die Vorschriften der §§ 49—53 des Krankenversicherungsgesetzes auf die Arbeitgeber dieser Personen Anwendung finden, ist durch statutarische Bestimmungen zu regeln.

Solange solche Personen nach Maßgabe des Absatzes 1 in dem Bezirke ihres Wohnortes gegen Krankheit versichert sind, fällt ihre Verpflichtung zum Beitritt zu einer anderen Kasseneinrichtung für land- und forstwirtschaftliche Arbeiter fort.

Die nach Absatz 1 und 5 zulässigen statutarischen Vorschriften bedürfen der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde.

3*

Reichsgesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen vom 7. April 1876 (R.G.Bl. 1876 S. 125—133) in der Fassung vom 1. Juni 1884 (R.G.Bl. 1884 S. 54 f.)

§ 1. Kassen, welche die gegenseitige Unterstützung ihrer Mitglieder für den Fall der Krankheit bezwecken und auf freier Uebereinkunft beruhen, erhalten die Rechte einer eingeschriebenen Hilfskasse unter den nachstehend angegebenen Bedingungen.

§ 2. Die Kasse hat einen Namen anzunehmen, welcher von dem aller anderen an demselben Orte oder in derselben Gemeinde befindlichen Hilfskassen verschieden ist und die zusätzliche Bezeichnung „eingeschriebene Hilfskasse" enthält.

§ 3. Das Statut der Kasse muß Bestimmung treffen:

1) über Namen, Sitz und Zweck der Kasse;
2) über den Beitritt und Austritt der Mitglieder;
3) über die Höhe der Beiträge;
4) über die Voraussetzungen, die Art und den Umfang der Unterstützungen:
5) über die Bildung des Vorstandes, über die Legitimation seiner Mitglieder und den Umfang seiner Befugnisse;
6) über die Zusammensetzung und Berufung der Generalversammlung und über die Art ihrer Beschlußfassung:
6a) über die Bildung und die Befugnisse der örtlichen Verwaltungsstellen, falls solche errichtet werden sollen;
7) über die Abänderung des Statuts;
8) über die Verwendung des Kassenvermögens im Falle der Auflösung oder Schließung der Kasse;
9) über die Aufstellung und Prüfung der Jahresrechnung.

Das Statut darf keine Bestimmung enthalten, welche mit dem Zwecke der Kasse nicht in Verbindung steht oder den Vorschriften dieses Gesetzes zuwiderläuft.

§ 4. Das Statut ist in zwei Exemplaren dem Vorstande der Gemeinde, in deren Bezirk die Kasse ihren Sitz nimmt, von den mit der Geschäftsleitung vorläufig betrauten Personen oder von dem Vorstande der Kasse in Person einzureichen. Der Gemeindevorstand hat das Statut der höheren Verwaltungsbehörde ungesäumt zu übersenden; diese entscheidet über die Zulassung der Kasse. Der Bescheid ist innerhalb 6 Wochen zu erteilen.

Die Zulassung darf nur versagt werden, wenn das Statut den Anforderungen dieses Gesetzes nicht genügt. Wird die Zulassung versagt, so sind die Gründe mitzuteilen. Gegen die Versagung steht der Rekurs zu; wegen des Verfahrens und der Behörden gelten die Vorschriften der §§ 20 und 21 der Gewerbeordnung. In Elsaß-Lothringen finden statt derselben die dort geltenden Bestimmungen über das Verfahren in streitigen Verwaltungssachen entsprechende Anwendung. Wird die Zulassung ausgesprochen, so ist eine Ausfertigung des Statuts, versehen mit dem Vermerke der erfolgten Zulassung, zurückzugeben.

Abänderungen des Statuts unterliegen den gleichen Vorschriften. Ueber die Zulassung einer Abänderung, durch welche der Sitz der Kasse verlegt werden soll, hat die Behörde des alten Sitzes zu entscheiden.

Die Zulassung einer Kasse, welche örtliche Verwaltungsstellen einrichtet, ist bei derjenigen Verwaltungsbehörde zu erwirken, in deren Bezirk die Hauptkasse ihren Sitz nimmt.

Die höhere Verwaltungsbehörde hat die Namen der zugelassenen Hilfskassen in ein Regisfer einzutragen.

§ 5. Die Kasse kann unter ihrem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen, Eigentum und andere dingliche Rechte an Grundstücken erwerben, vor Gericht klagen und verklagt werden.

Für alle Verbindlichkeiten der Kasse haftet den Kassengläubigern nur das Vermögen der Kasse.

Der ordentliche Gerichtsstand der Kasse ist bei dem Gerichte, in dessen Bezirk sie ihren Sitz hat.

§ 6. Zum Beitritt der Mitglieder ist eine schriftliche Erklärung oder die Unterzeichnung des Statuts erforderlich. Handzeichen Schreibensunkundiger bedürfen der Beglaubigung durch ein Mitglied des Vorstandes oder einer örtlichen Verwaltungsstelle; vergleiche § 19a ff.

Der Beitritt darf von der Beteiligung an anderen Gesellschaften oder Vereinen nur dann abhängig gemacht werden, wenn eine solche Beteiligung für sämtliche Mitglieder bei Errichtung der Kasse durch das Statut vorgesehen ist. Im übrigen darf den Mitgliedern die Verpflichtung zu Handlungen oder Unterlassungen, welche mit dem Kassenzweck in keiner Verbindung stehen, nicht auferlegt werden.

§ 7. Das Recht auf Unterstützung aus der Kasse beginnt für sämtliche Mitglieder spätestens mit dem Ablauf der 13. auf den Beitritt folgenden Woche.

Hat ein Mitglied bereits das Recht auf Unterstützung erworben, so verbleibt ihm dasselbe auch nach dem Austritte oder Ausschlusse für die nach Absatz 1 festgesetzte Frist. Ist der Ausschluß wegen Zahlungssäumnis erfolgt, so läuft diese Frist von dem Tage, bis zu welchem die Beiträge bezahlt sind.

Für die erste Woche nach dem Beginn der Krankheit kann die Gewährung einer Unterstützung ausgeschlossen werden.

Der völlige oder teilweise Ausschluß der Unterstützung ist nur in Fällen solcher Krankheiten zulässig, welche sich die Mitglieder vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung an Schlägereien oder Raufhändeln, durch Trunkfälligkeit oder geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben. Soweit die Unterstützung in Gewährung freier ärztlicher Behandlung oder Arznei besteht, kann sie auch in diesen Fällen nicht ausgeschlossen werden.

§ 8. Die Mitglieder sind der Kasse gegenüber lediglich zu den auf Grund dieses Gesetzes und des Statuts festgestellten Beiträgen verpflichtet.

Nach Maßgabe des Geschlechts, des Gesundheitszustandes, des Lebensalters, der Beschäftigung oder des Beschäftigungsortes der Mitglieder darf die Höhe der Beiträge verschieden bemessen werden.

Die Einrichtung von Mitgliederkassen mit verschiedenen Beitrags- und Unterstützungssätzen ist zulässig.

Im übrigen müssen die Beiträge und Unterstützungen für alle Mitglieder nach gleichen Grundsätzen abgemessen werden.

§ 9 (ist aufgehoben).

§ 10. Der Anspruch auf Unterstützung kann mit rechtlicher Wirkung weder verpfändet, noch übertragen, noch gepfändet und darf nur auf geschuldete Beiträge aufgerechnet werden.

§ 11 (ist aufgehoben).

§ 12. Als Krankenunterstützung können den Mitgliedern Krankengeld, ärztliche Behandlung, Arznei und andere Heilmittel, Verpflegung in einem Krankenhause, sowie die geeigneten Mittel zur Erleichterung der ihnen nach der Genesung verbliebenen körperlichen Mängel gewährt werden.

Auch kann die Krankenunterstützung an Wöchnerinnen gewährt und die Gewährung ärztlicher Behandlung auf die Familienangehörigen der Mitglieder ausgedehnt werden.

Den Hinterbliebenen verstorbener Mitglieder kann ferner eine Beihilfe gewährt werden, welche das Zehnfache der wöchentlichen Unterstützung, auf welche das verstorbene Mitglied Anspruch hatte, nicht überschreitet.

§ 13. Zu anderen Zwecken, als den im § 12 bezeichneten Unterstützungen und der Deckung der Verwaltungskosten, dürfen weder Beiträge von den Mitgliedern erhoben werden, noch Verwendungen aus dem Vermögen der Kasse erfolgen.

§ 14 (ist aufgehoben).

§ 15. Der Ausschluß von Mitgliedern aus der Kasse kann nur unter den durch das Statut bestimmten Formen und aus den darin bezeichneten Gründen erfolgen. Er ist nur zulässig bei dem Wegfall einer die Aufnahme bedingenden Voraussetzung, für den Fall einer Zahlungssäumnis oder einer solchen strafbaren Handlung, welche eine Verletzung der Bestimmungen des Statuts in sich schließt. Wegen Ueberschreitung der Altersgrenze, über welche hinaus nach Bestimmung des Statuts Mitglieder nicht aufgenommen werden, und wegen Veränderung des Gesundheitszustandes, von welchem nach Bestimmung des Statuts die Aufnahme abhängig ist, darf der Ausschluß nicht erfolgen. Wegen des Austrittes oder Ausschlusses aus einer Gesellschaft oder einem Vereine können Mitglieder nicht ausgeschlossen werden, wenn sie der Kasse bereits 2 Jahre angehört haben. Erfolgt ihre Ausschließung vor Ablauf dieser Zeit, so haben sie Anspruch auf Ersatz des von ihnen bezahlten Eintrittsgeldes.

§ 16. Die Kasse muß einen von der Generalversammlung gewählten Vorstand haben, durch welchen sie gerichtlich und außergerichtlich vertreten wird.

Die Mitglieder des Vorstandes, welche die Kasse gerichtlich und außergerichtlich vertreten, haben in der Generalversammlung nur eine beratende Stimme.

§ 17. Die Zusammensetzung des Vorstandes, sowie jede in der Zusammensetzung des Vorstandes eingetretene Aenderung ist dem Vorstande der Gemeinde, in deren Bezirk die Kasse ihren Sitz hat, anzumelden. Die Anmeldung hat durch die Vorstandsmitglieder in Person oder durch eine beglaubigte schriftliche Erklärung zu erfolgen. Ist die Anmeldung nicht geschehen, so kann eine in der Zusammensetzung eingetretene Aenderung dritten Personen nur dann entgegengesetzt werden, wenn bewiesen wird, daß sie letzteren bekannt war.

Zur Legitimation des Vorstandes bei allen Geschäften, auch den das Hypotheken- und Grundschuldwesen betreffenden, genügt das Zeugnis des Vorstandes der Gemeinde, daß die darin bezeichneten Personen zur Zeit als Mitglieder des Vorstandes angemeldet sind.

§ 18. Die Befugnis des Vorstandes, die Kasse nach außen zu vertreten, wird durch die im Statut enthaltene Vollmacht bestimmt.

Durch die innerhalb der Grenzen dieser Vollmacht im Namen der Kasse vom Vorstande abgeschlossenen Geschäfte wird die Kasse verpflichtet und berechtigt.

§ 19. Dem Vorstande kann zur Ueberwachnng der Geschäftsleitung ein Ausschuß zur Seite gesetzt werden, welcher durch die Generalversammlung zu wählen ist.

§ 19a. Die Kasse kann für bestimmte Bezirke örtliche Verwaltungsstellen errichten und denselben folgende Befugnisse erteilen:

1) Beitrittserklärungen und Austrittserklärungen entgegenzunehmen, sowie Handzeichen Schreibensunkundiger in Gemäßheit des § 6 Absatz 1 zu beglaubigen;
2) die Kassenbeiträge zu erheben, über Stundungsgesuche zu entscheiden, die Unterstützungen auszuzahlen, sowie die eingehenden Gelder, vorbehaltlich anderweiter Verfügung des Vorstandes über dieselben bis zum Belaufe einer durchschnittlichen halben Jahresausgabe zum Zwecke des Betriebes zu verwahren und anzulegen;
3) Einrichtungen zur Wahrung der Krankenkontrolle zu treffen.

19b. Der Versammlung der Kassenmitglieder, für welche die örtliche Verwaltungsstelle errichtet ist, kann die Befugnis beigelegt werden:

1) die Mitglieder der örtlichen Verwaltung und den Kassenarzt für den Bezirk derselben zu wählen. Die Wahlen bedürfen der Bestätigung des Vorstandes (§ 16). Der letztere ist befugt, die gewählten, welche bei der Wahrnehmung ihrer Obliegenheiten den gesetzlichen oder statutarischen Anforderungen nicht genügen, zu beseitigen und durch andere zu ersetzen;
2) Kassenrevisoren für die Kasse der örtlichen Verwaltungsstelle und Krankenbesucher für den Bezirk derselben zu wählen;
3) einen oder mehrere Abgeordnete zur Generalversammlung zu wählen, sofern diese statutenmäßig aus Abgeordneten besteht;
4) Anträge und Beschwerden in Angelegenheiten der Kasse an die Generalversammlung zu richten.

§ 19c. Weitere, als die in den §§ 19a, 19b bezeichneten Befugnisse dürfen den örtlichen Verwaltungsstellen und der Gesamtheit der Mitglieder ihres Bezirks nicht beigelegt werden.

§ 19d. Die Kasse hat der Aufsichtsbehörde, in deren Bezirk sie ihren Sitz hat, von der Errichtung jeder örtlichen Verwaltungsstelle binnen 2 Wochen, unter Angabe des Sitzes und Bezirks derselben und unter Bezeichnung der Personen, welche zur Zeit die örtliche Verwaltung führen, Anzeige zu erstatten.

Die Aufsichtsbehörde hat die Anzeige, sofern die örtliche Verwaltungsstelle ihren Sitz in dem Bezirke einer anderen Aufsichtsbehörde hat, dieser mitzuteilen.

Von jeder Aenderung des Bezirks der örtlichen Verwaltungsstelle und der Zusammensetzung ihrer Verwaltung hat diese der Aufsichtsbehörde ihres Sitzes Anzeige zu erstatten.

§ 20. Soweit die Angelegenheiten der Kasse nicht durch den Vorstand oder Ausschuß wahrgenommen werden, steht die Beschlußnahme darüber der Generalversammlung zu.

Die Generalversammlung kann dritten Personen ihre Befugnisse nicht übertragen. Abänderungen des Statuts bedürfen ihrer Zustimmung.

§ 21. In der Generalversammlung hat jedes anwesende Mitglied, welches großjährig und im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte ist, eine Stimme. Mitglieder, welche mit den Beiträgen im Rückstande sind, können von der Teilnahme an der Abstimmung ausgeschlossen werden.

Die Generalversammlung kann auch aus Abgeordneten gebildet werden, welche aus der Mitte der stimmfähigen Mitglieder zu wählen sind; die Zahl der zu wählenden Abgeordneten muß jedoch mindestens 20 betragen und doppelt so groß sein, als die Zahl der Vorstandsmitglieder.

Soll die Wahl der Abgeordneten von den Mitgliedern nach Abteilungen vorgenommen werden, so muß die Bildung der Wahlabteilungen und die Verteilung der Abgeordneten auf dieselben durch das Statut erfolgen.

§ 22. Generalversammlungen können nur innerhalb des Deutschen Reiches an einem Orte abgehalten werden, an welchem die Kasse eine örtliche Verwaltungsstelle besitzt. Bei der Berufung ist der Gegenstand der Beratung anzugeben.

Wird von dem Ausschuß oder von dem 10. Teile der stimmfähigen Mitglieder die Berufung der Generalversammlung beantragt, so muß der Vorstand die letztere berufen.

§ 23 (ist aufgehoben).

§ 24. Die Einnahmen und Ausgaben der Kasse sind von allen den Zwecken der Kasse fremden Vereinnahmungen und Verausgabungen getrennt festzustellen und zu verrechnen; ebenso sind Bestände gesondert zu verwahren.

Verfügbare Gelder dürfen, außer in öffentlichen Sparkassen, nur ebenso wie die Gelder Bevormundeter angelegt werden.

§ 25. Die Kasse hat einen Reservefonds im Mindestbetrage der durchschnittlichen Jahresausgabe der letzten 5 Rechnungsjahre anzusammeln und erforderlichenfalls bis zu dieser Höhe zu ergänzen.

Solange der Reservefond diesen Betrag nicht erreicht, ist demselben mindestens ein Zehntel des Jahresbetrages der Kassenbeiträge zuzuführen.

§ 26. Ergibt sich aus den Jahresabschlüssen der Kasse, daß die Einnahmen derselben zur Deckung ihrer Ausgaben einschließlich der Rücklagen zur Ansammlung und Ergänzung des Reservefonds nicht ausreichen, so ist entweder eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Kassenleistungen herbeizuführen.

Unterläßt die Kasse, eine dem Bedürfnisse entsprechende Abänderung herbeizuführen, so hat ihr die höhere Verwaltungsbehörde auf Grund eines sachverständigen Gutachtens zu eröffnen, in welcher Art und in welchem Maße dieselbe für erforderlich zu erachten und binnen welcher Frist dieselbe herbeizuführen ist. Die Frist muß auf mindestens 6 Wochen bestimmt werden.

§ 27. Die Kasse ist verpflichtet, in den vorgeschriebenen Fristen und nach den vorgeschriebenen Formularen Uebersichten über die Mitglieder, über die Krankheits- und Sterbefälle, über die vereinnahmten Beiträge und die geleisteten Unterstützungen, sowie einen Rechnungsabschluß der Aufsichtsbehörde einzusenden.

Sie hat das Ausscheiden der Mitglieder auf Erfordern den Aufsichtsbehörden, in deren Bezirk dieselben sich aufhalten, anzuzeigen. Für Mitglieder, welche sich im Bezirke einer örtlichen Verwaltungsstelle aufhalten, liegt diese Verpflichtung der letzteren ob.

§ 28. Die Kasse kann durch Beschluß der Generalversammlung unter Zustimmung von mindestens vier Fünfteilen sämtlicher vertretenen Stimmen aufgelöst werden.

§ 29. Die Schließung einer Kasse kann durch die höhere Verwaltungsbehörde erfolgen:

1) wenn mehr als ein Vierteil der Mitglieder mit der Einzahlung der Beiträge im Rückstande ist, und trotz ergangener Aufforderung der Aufsichtsbehörde weder die Beitreibung der fälligen Beiträge, noch der Ausschluß der säumigen Mitglieder erfolgt;
2) wenn die Kasse trotz ergangener Aufforderung der Aufsichtsbehörde 4 Wochen mit Zahlung fälliger nicht streitiger Unterstützungen im Rückstande ist;
3) wenn die Generalversammlung einen mit den Vorschriften dieses Gesetzes oder des Kassenstatuts im Widerspruch stehenden Beschluß gefaßt hat und der Aufforderung der Aufsichtsbehörde, denselben zurückzunehmen, innerhalb der gesetzlichen, auf mindestens 6 Wochen zu bemessenden Frist nicht nachgekommen ist;
4) wenn dem § 6 dieses Gesetzes zuwider Mitglieder zu Handlungen oder Unterlassungen verpflichtet, oder wenn der Vorschrift des § 13 entgegen Beiträge von den Mitgliedern erhoben oder Verwendungen aus dem Vermögen der Kasse bewirkt werden;
5) wenn im Falle des § 26 Absatz 2 innerhalb der bestimmten Frist die Erhöhung der Beiträge oder die Minderung der Unterstützungssätze in dem festgesetzten Maße nicht erfolgt;
5a) wenn sich ergibt, daß nach §§ 3, 4 die Zulassung der Kasse hätte versagt werden müssen und die erforderliche Abänderung des Statuts innerhalb einer von der höheren Verwaltungsbehörde zu bestimmenden, mindestens sechswöchentlichen Frist nicht bewirkt worden ist;
6) wenn Mitglieder aus einem nach diesem Gesetze unzulässigen Grunde aus der Kasse ausgeschlossen werden.

Gegen die Maßregeln der Verwaltungsbehörde ist der Rekurs zulässig; wegen des Verfahrens und der Behörden gelten die Vorschriften der §§ 20 und 21 der Gewerbeordnung. In Elsaß-Lothringen finden statt derselben die dort geltenden Bestimmungen über das Verfahren in streitigen Verwaltungssachen entsprechende Anwendung.

Die Eröffnung des Konkursverfahrens über eine Kasse hat die Schließung kraft Gesetzes zur Folge.

§ 30. Bei der Auflösung einer Kasse wird die Abwickelung der Geschäfte, sofern die Generalversammlung darüber nicht anderweitig beschließt, durch den Vorstand vollzogen. Genügt dieser seiner Verpflichtung nicht, oder wird die Kasse

geschlossen, so hat die Aufsichtsbehörde die Abwickelung der Geschäfte geeigneten Personen zu übertragen und deren Namen bekannt zu machen.

§ 31. Von dem Zeitpunkte der Auflösung oder Schließung einer Kasse ab bleiben die Mitglieder noch für diejenigen Zahlungen verhaftet, zu welchen sie das Statut für den Fall ihres Austrittes aus der Kasse verpflichtete.

Das Vermögen der Kasse ist nach der Auflösung oder Schließung zunächst zur Deckung der vor dem Zeitpunkte der Auflösung oder Schließung bereits eingetretenen Unterstützungsverpflichtungen zu verwenden.

§ 32. Bis zum Ablaufe eines Jahres nach Auflösung oder Schließung einer Kasse kann einer für die gleichen Zwecke und für denselben Mitgliederkreis oder für einen Teil desselben neu errichteten Kasse die Zulassung versagt werden.

§ 33. Die Kassen und ihre örtlichen Verwaltungsstellen unterliegen in Bezug auf die Befolgung dieses Gesetzes der Beaufsichtigung durch die von den Landesregierungen zu bestimmenden Behörden, mit der Maßgabe, daß mit den von den höheren Verwaltungsbehörden wahrzunehmenden Geschäften diejenigen höheren Verwaltungsbehörden zu betrauen sind, welche nach Landesrecht die Aufsicht oder Oberaufsicht in Gemeindeangelegenheiten wahrzunehmen haben.

Die Kassen sind verpflichtet, der Aufsichtsbehörde auf Verlangen jederzeit ihre Bücher, Verhandlungen und Rechnungen im Geschäftslokale der Kasse zur Einsicht vorzulegen und die Revision ihrer Kassenbestände zu gestatten.

Die Aufsichtsbehörde beruft die Generalversammlung, falls der Vorstand der durch § 22 begründeten Verpflichtung nicht genügt.

Sie kann die Mitglieder des Vorstandes und der örtlichen Verwaltungsstellen, sowie die im Falle der Auflösung oder Schließung einer Kasse mit der Abwickelung der Geschäfte betrauten Personen zur Erfüllung der durch dieses Gesetz begründeten Pflichten durch Androhung, Festsetzung und Vollstreckung von Geldstrafen bis zu 100 M., sowie durch die sonstigen nach den Landesgesetzen ihr zustehenden Zwangsmittel anhalten. Gegen die Androhung und Festsetzung von Geldstrafen beziehungsweise Anwendung von Zwangsmitteln seitens der Aufsichtsbehörden steht den Kassenvorständen der Rekurs zu; wegen des Verfahrens und der Behörden gelten die Vorschriften der §§ 20 und 21 der Reichs-Gewerbeordnung.

§ 34. Mitglieder des Vorstandes, des Ausschusses oder einer örtlichen Verwaltungsstelle, welche den Bestimmungen dieses Gesetzes zuwiderhandeln, werden mit Geldstrafe bis zu 300 M. bestraft. Haben sie absichtlich zum Nachteil der Kasse gehandelt, so unterliegen sie der Strafbestimmung des § 266 des Strafgesetzbuches.

§ 35. Eine Vereinigung mehrerer Kassen zu einem Verbande behufs gegenseitiger Aushilfe kann unter Zustimmung der Generalversammlungen der einzelnen Kassen und auf Grund eines schriftlichen Statuts erfolgen.

Der Verband ist durch einen aus der Wahl der Vorstände oder Ausschüsse der beteiligten Kassen hervorgegangenen Vorstand zu verwalten. Seine Pflichten und Befugnisse bestimmt das Statut. Sein Sitz darf nur an einem Orte sein, wo eine der beteiligten Kassen ihren Sitz hat.

Der Verband unterliegt nach Maßgabe des § 33 der Aufsicht der höheren Verwaltungsbehörde desjenigen Bezirks, in welchem der Vorstand seinen Sitz hat.

Auf die Miglieder des Vorstandes und die sonstigen Organe des Verbandes finden die Bestimmungen des § 34 Anwendung.

§ 35a. Die Eintragungen in das Hilfskassenregister und die gemäß § 17 zu erteilenden Zeugnisse sind gebühren- und stempelfrei.

§ 36. Die Verfassung und die Rechte der auf Grund landesrechtlicher Vorschriften errichteten Hilfskassen werden durch dieses Gesetz nicht berührt; die Kassen können jedoch durch die Landesregierungen zur Einsendung der im § 27 bezeichneten Uebersichten verpflichtet werden.

In Anschung der Kassen der Knappschaftsvereine verbleibt es bei den dafür maßgebenden besonderen Bestimmungen.

Hierzu treten aus der Novelle zum Hilfskassengesetz (R.G. vom 1. Juni 1884) als neu:

Artikel 19.

Die Statuten bestehender eingeschriebener Hilfskassen, welche den Vorschriften dieses Gesetzes nicht genügen, sind den erforderlichen Abänderungen zu unterziehen.

Kassen, welche dieser Verpflichtung nicht bis zum 1. Januar 1885 genügen, sind von der höheren Verwaltungsbehörde unter Bestimmung einer mindestens sechswöchentlichen Frist dazu aufzufordern und können nach unbenutztem Ablauf dieser Frist geschlossen werden. Die Schließung erfolgt nach Maßgabe des § 29.

;Artikel 20.

Von bestehenden eingeschriebenen Hilfskassen, welche örtliche Verwaltungsstellen errichtet haben, ist die im § 19d vorgeschriebene Anzeige binnen 3 Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu erstatten.

Entwurf eines Bundesratsbeschlusses, betreffend die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden.

Auf Grund von Art. I des Gesetzes, betreffend die Abänderung des K.V.G., vom 30. Juni 1900 (R.G.Bl. S. 332), wird bestimmt:

1) Die Anwendung der Vorschriften des § 1 K.V.G. wird auf selbständige Gewerbetreibende erstreckt, welche in eigenen Betriebstätten im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbetreibender mit der Herstellung oder Bearbeitung gewerblicher Erzeugnisse beschäftigt werden (Hausindustrie), und zwar auch für den Fall, daß sie die Roh- und Hilfsstoffe selbst beschaffen, und auch für die Zeit, während welcher sie vorübergehend für eigene Rechnung arbeiten.

2) Die An- und Abmeldung der Hausgewerbetreibenden erfolgt durch ihre unmittelbaren Arbeitgeber. Diè §§ 49, 50, 81 K.V.G. finden Anwendung.

Die Hausgewerbetreibenden sind verpflichtet, Verzeichnisse über ihre Beschäftigung und über diejenige der von ihnen im Hausgewerbe beschäftigten versicherungspflichtigen Gesellen (Gehilfen) und Lehrlinge — Hilfspersonen — zu führen. Aus den Verzeichnissen muß sich insbesondere die Dauer der für andere Gewerbetreibende und der für eigene Rechnung verrichteten Arbeiten ergeben. Die Gemeindebehörde ist befugt, für die Hausgewerbetreibenden ihres Bezirkes weitere Vorschriften über die Einrichtung und die Führung der Verzeichnisse zu erlassen.

Die Hausgewerbetreibenden haben die vorgeschriebeuen Verzeichnisse ihren unmittelbaren Arbeitgebern, und, falls diese als Zwischenperson (Ausgeber, Faktoren, Zwischenmeister u. s. w.) die Beschäftigung vermittelt haben, auch denjenigen Gewerbetreibenden, in deren Auftrag die Waren hergestellt oder bearbeitet sind, sowie den beteiligten Krankenkassen (Gemeinde-Krankenversicherung) auf Verlangen zur Prüfung vorzulegen.

Befürchtet der Hausgewerbetreibende oder einer der in Absatz 3 bezeichneten Arbeitgeber durch die Vorlegung der Verzeichnisse eine Schädigung seiner Geschäftsinteressen, so kann er beanspruchen, daß die Prüfung der Verzeichnisse durch die Gemeindebehörde an Stelle der Arbeitgeber erfolgt.

Zuwiderhandlungen der Hausgewerbetreibenden gegen die vorstehenden Bestimmungen über Führung und Vorlegung der Verzeichnisse unterliegen der Strafvorschrift im § 81 K.V.G.

3) Eür die Einzahlung der Beiträge und der Eintrittsgelder für die Hausgewerbetreibenden und für ihre versicherungspflichtigen Hilfspersonen haften, vorbehaltlich der Wiedereinziehung nach Maßgabe von §§ 53, 54 Absatz 6 K.V.G., die unmittelbaren Arbeitgeber der Hausgewerbetreibenden und, falls diese als Zwischenpersonen die Beschäftigung vermittelt haben, auch diejenigen Gewerbetreibenden, in deren Auftrag die Waren hergestellt oder bearbeitet sind, als Gesamtschuldner. Neben dieser Haftung bleiben die Hausgewerbetreibenden selbst für die Einzahlung der Beiträge und der Eintrittsgelder für ihre versicherungspflichtigen Hilfspersonen verhaftet.

Ist die Beschäftigung von Hausgewerbetreibenden durch eine Zwischenperson vermittelt, so steht, solange ein Rückstand der Einzahlung nicht vorliegt, der Krankenkasse (Gemeinde-Krankenversicherung) als Schuldner der einzuzahlenden Beiträge und Eintrittsgelder für die Hausgewerbetreibenden und für ihre versicherungspflichtigen Hilfspersonen zunächst der unmittelbare Arbeitgeber der Hausgewerbetreibenden gegenüber, sofern er nicht seinen Auftraggeber bezeichnet. Bleibt der unmittelbare Arbeitgeber mit der Einzahlung im Rückstande, so ist er bei Vermeidung der im § 81 K.V.G. vorgesehenen Strafe verpflichtet, binnen einer Woche nach schriftich erfolgter Zahlungsaufforderung seitens der Krankenkasse (Gemeinde-Krankenversicherung) seinen Auftraggeber zu bezeichnen. Diese Verpflichtung fällt, vorbehaltlich der etwa verwirkten Strafe, fort, sobald die Beiträge und Eintrittsgelder eingezahlt sind.

Sofern noch weitere Zwischenpersonen vorhanden sind, finden die Bestimmungen des vorigen Absatzes auf diese sinngemäße Anwendung mit der Maßgabe, daß die einwöchige Frist für die weiteren Zwischenpersonen mit dem Zeitpunkte beginnt, von welchem an sie nach erfolgter Zahlungsaufforderung ihrerseits mit der Einzahlung in Rückstand kommen.

Die Termine für die Einzahlung der Beiträge und Eintrittsgelder sind bei der Gemeinde-Krankenversicherung durch Gemeindebeschluß, im übrigen durch das Kassenstatut zu bestimmen.

Eintrittsgelder sind gleichzeitig mit dem ersten fälligen Beitrag einzuzahlen.

Die Beiträge sind so lange fortzuzahlen, bis die vorschriftsmäßige Abmeldung erfolgt ist; im Falle der Vorauszahlung sind sie für den betreffenden Zeitteil zurückzuerstatten, wenn die rechtzeitig abgemeldete Person innerhalb der Zahlungsperiode aus der bisherigen Beschäftigung ausscheidet.

4) Die Beiträge für die Hausgewerbetreibenden und für ihre versicherungspflichtigen Hilfspersonen sind zu zwei Dritteln von den Hausgewerbetreibenden und ihren versicherungspflichtigen Hilfspersonen, zu einem Drittel von den unmittelbaren Arbeitgebern der Hausgewerbetreibenden und, falls durch diese als Zwischenpersonen die Beschäftigung vermittelt ist, von denjenigen Gewerbetreibenden zu bestreiten, in deren Auftrag die Waren hergestellt oder bearbeitet sind.

Sofern Eintrittsgelder für die Hausgewerbetreibenden und für ihre versicherungspflichtigen Hilfspersonen erhoben werden, fallen sie den einzelnen Versicherten zum vollen Betrage zur Last.

5) Die Hausgewerbetreibenden haben für die Zeit vorübergehender Beschäftigung für eigene Rechnung die Eintrittsgelder und die vollen Beiträge für ihre Person aus eigenen Mitteln zu bestreiten.

Beschäftigen sie in dieser Zeit versicherungspflichtige Hilfspersonen, so haben sie auch für diese die Eintrittsgelder und Beiträge einzuzahlen und die Beiträge zu einem Drittel zu tragen, während die übrigen zwei Drittel von den versicherungspflichtigen Hilfspersonen zu tragen sind.

Die Hausgewerbetreibenden haben Anfang und Ende jeder vorübergehenden Beschäftigung für eigene Rechnung bei der für die An- und Abmeldung bestimmten Stelle anzuzeigen und dabei die für die Berechnung der auf diese Zeit entfallenden Beiträge erforderlichen Angaben zu machen. Die §§ 49, 50, 81 K.V.G. finden Anwendung.

6) Sofern die Versicherungspflicht nach § 2 Absatz 1 Ziffer 3 K.V.G. durch statutarische Bestimmung auf diejenigen Familienangehörigen eines Hausgewerbetreibenden erstreckt ist, deren Beschäftigung in dem Betriebe nicht auf Grund eines Arbeitsvertrages stattfindet, kommen die vorstehenden Bestimmungen entsprechend zur Anwendung.

7) Auf Grund der Vorschriften in § 2 Absatz 2 und 3, sowie im § 54 K.V.G. kann durch statutarische Bestimmung einer Gemeinde oder eines weiteren Kommunalverbandes hinsichtlich der Verpflichtung zur Erstattung der An- und Abmeldungen, zur Führung und Vorlegung der Verzeichnisse, zur Einzahlung der Beiträge und Eintrittsgelder, sowie zur Anzeige vorübergehender Beschäftigung für eigene Rechnung eine von den vorstehenden Bestimmungen unter Ziffer 2 Absatz 1—3 und Ziffer 5 Absatz 3 abweichende Regelung getroffen werden. Diese Regelung kann auch für bestimmte Gewerbszweige und für örtliche Bezirke erfolgen.

8. Die vorstehenden Bestimmungen treten, soweit es sich um die zu ihrer Durchführung notwendigen Maßnahmen handelt, sofort, im übrigen am ...... in Kraft.

Mit diesem Zeitpunkte treten statutarische Bestimmungen insoweit außer Kraft, als sie mit den vorstehenden Besimmungen im Widerspruche stehen.

Aus den Unfallversicherungsungsgesetzen.

Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz vom 30. Juni 1900.

§ 11. Die Berufsgenossenschaft ist befugt, der Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört oder zuletzt angehört hat, gegen Ersatz der ihr dadurch erwachsenen Kosten die Fürsorge für den Verletzten über den Beginn der 14. Woche hinaus bis zur Beendigung des Heilverfahrens in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Berufsgenossenschaft für geboten erachtet. Zu ersetzen ist bei Gewährung der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des K.V.G. bezeichneten Leistungen die Hälfte, bei Unterbringung des Verletzten in ein Krankenhaus oder in eine Anstalt für Genesende das Einundeinhalbfache des in jenem Gesetze bestimmten Mindestbetrags des Krankengeldes, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

Die Besimmungen der §§ 76b—76d des K.V.G. finden auch auf Knappschaftskassen (§ 74 a. a. O.) Anwendung. Haben Knappschaftskassen, sonstige Krankenkassen oder Verbände von Krankenkassen Heilanstalten errichtet, in welchen aus-

reichende Einrichtungen für die Heilung der durch Unfall herbeigeführten Verletzungen getroffen sind, so kann die Landeszentralbehörde anordnen, daß die Mitglieder der betreffenden Kassen bis zum Beginne der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls nur mit Genehmigung der Vorstände dieser Kassen oder Kassenverbände in andere Heilanstalten untergebracht werden dürfen.

Verletzte Personen, welche auf Veranlassung von Knappschaftskassen, sonstigen Krankenkassen, Verbänden von Krankenkassen oder von Organen der Berufsgenossenschaften in eine Heilanstalt untergebracht sind, dürfen während des Heilverfahrens in andere Heilanstalten nur mit ihrer Zustimmung übergeführt werden. Diese Zustimmung kann durch die untere Verwaltungsbehörde des Aufenthaltsorts ergänzt werden

Als Krankenkassen im Sinne der vorstehenden Bestimmungen, sowie der §§ 76b—76d des K.V.G. gelten außer der Gemeinde-Krankenversicherung auch diejenigen Hilfskassen, welche die im § 75a a. a. O. vorgesehene amtliche Bescheinigung besitzen.

§ 12. Vom Beginne der 5. Woche nach Eintritt des Unfalls bis zum Ablaufe der 13. Woche ist das Krankengeld, welches den durch einen Betriebsunfall verletzten Personen auf Grund des K.V.G. gewährt wird, auf mindestens zwei Drittel des bei der Berechnung desselben zu Grunde gelegten Arbeitslohns zu bemessen. Die Differenz zwischen diesen zwei Dritteln und dem gesetzlich oder statutengemäß zu gewährenden niedrigeren Krankengeld ist der beteiligten Krankenkasse (Gemeinde-Krankenversicherung) von dem Unternehmer desjenigen Betriebs zu ersetzen, in welchem der Unfall sich ereignet hat. Die zur Ausführung dieser Bestimmung erforderlichen Vorschriften erläßt das Reichsversicherungsamt.

Den nach §§ 1 oder 2 versicherten Arbeitern und Bestriebsbeamten, letzteren bei einem Jahresarbeitsverdienste bis zu 2000 M., welche nicht nach den Bestimmungen des K.V.G. versichert sind, hat der Betriebsunternehmer die in den §§ 6, 7 des K.V.G vorgesehenen Unterstützungen einschließlich des aus dem vorhergehenden Absatze sich ergebenden Mehrbetrags für die ersten 13 Wochen aus eigenen Mitteln zu gewähren. Die Berufsgenossenschaft kann die dem Unternehmer obliegenden Leistungen ganz oder teilweise statt desselben übernehmen. Der Unternehmer hat in diesem Falle der Berufsgenossenschaft Ersatz zu leisten. Dabei gilt als Ersatz der im § 9 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen die Hälfte desjenigen Krankengeldes, welches dem Verletzten nach § 6 Absatz 1 Ziffer 2 des K.V.G. zustehen würde, wenn er nach dessen Bestimmungen versichert wäre.

§ 13. Wenn der aus der Krankenversicherung oder aus der Bestimmung des § 12 Absatz 2 erwachsende Anspruch auf Krankengeld vor dem Ablaufe von 13 Wochen nach Eintritt des Unfalls weggefallen, aber bei dem Verletzten eine noch über die 13. Woche hinaus andauernde Beschränkung der Erwerbsfähigkeit zurückgeblieben ist, so hat die Berufsgenossenschaft dem Verletzten die Unfallrente (§ 9 Absatz 2 lit. b) schon von dem Tage ab zu gewähren, an welchem der Anspruch auf Krankengeld in Wegfall kommt. Erachtet die Berufsgenossenschaft die Voraussetzungen des Anspruchs schon vor dem Ablaufe der 13. Woche nach dem Unfalle für gegeben, so hat sie die Rente zu diesem früheren Zeitpunkte festzustellen.

Durch Statut kann bestimmt werden, daß die Rente nach dem Wegfalle des Anspruchs auf Krankengeld auch dann zu gewähren ist, wenn nach jenem Zeitpunkte zwar noch eine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit infolge des Unfalls verblieben ist, aber voraussichtlich schon vor Ablauf der 13. Woche nach dem Unfalle fortfallen wird.

Hat die Krankenkasse die ihr aus der Krankenversicherung, oder hat der Betriebsunternehmer die ihm aus § 12 Absatz 2 obliegenden Leistungen vor dem Ablaufe der 13. Woche zu Unrecht eingestellt, so geht der Anspruch des Verletzten auf Krankengeld auf die Berufsgenossenschaft bis zu demjenigen Betrag über, welcher der gemäß Absatz 1, 2 gewährten Entschädigung gleichkommt.

§ 14. Streitigkeiten, welche aus Anlaß der in § 11 Absatz 1, §§ 12, 13 Absatz 3 enthaltenen Bestimmungen unter den Beteiligten entstehen, werden, wenn es sich um Ersatzansprüche handelt, nach § 58 Absatz 2 des K.V.G., im übrigen nach § 58 Absatz 1 des K.V.G. entschieden, und zwar in den Fällen des § 12 Absatz 2 von der für die Ortskrankenkassen des Beschäftigungsorts zuständigen Aufsichtsbehörde. Gehört diese zu den Beteiligten, so wird die zur Entscheidung des Streitfalls berufene Behörde durch die für den Beschäftigungsort zuständige höhere Verwaltungsbehörde bestimmt.

§ 25. Die Verpflichtung der eingeschriebenen Hilfskassen sowie der sonstigen Kranken-, Sterbe-, Invaliden- und andere Unterstützungskassen, den von Unfällen betroffenen Arbeitern und Betriebsbeamten, sowie deren Angehörigen und Hinterbliebenen Unterstützungen zu gewähren, sowie die Verpflichtung von Gemeinden

oder Armenverbänden zur Unterstützung hilfsbedürftiger Personen wird durch dieses Gesetz nicht berührt.

Wenn auf Grund solcher Verpflichtung Unterstützungen für einen Zeitraum geleistet werden, für welchen den Unterstützten nach Maßgabe dieses Gesetzes ein Entschädigungsanspruch zustand oder noch zusteht, so ist hierfür den die Unterstützung gewährenden Kassen, Gemeinden oder Armenverbänden durch Ueberweisung von Rentenanträgen Ersatz zu leisten.

In Fällen dieser Art gilt für die unter das K.V.G. fallenden Kassen als Ersatz der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des K.V.G. bezeichneten Leistungen die Hälfte des gesetzlichen Mindestbetrags des Krankengeldes dieser Kassen, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

Ist die von Kassen, Gemeinden oder Armenverbänden geleistete Unterstützung eine vorübergehende, so können als Ersatz höchstens 3 Monatsbeträge der Rente, und zwar mit nicht mehr als der Hälfte in Anspruch genommen werden.

Ist die Unterstützung eine fortlaufende, so kann als Ersatz, wenn die Unterstützung in der Gewährung des Unterhalts in einer Anstalt besteht, für dessen Dauer und in dem zur Ersatzleistung erforderlichen Betrage die fortlaufende Ueberweisung der vollen Rente, im übrigen die fortlaufende Ueberweisung von höchstens der halben Rente beansprucht werden.

§ 27. Die Bestimmungen der §§ 25, 26 gelten auch für Betriebsunternehmer und Kassen, welche die den Gemeinden oder Armenverbänden obliegende Verpflichtung zur Unterstützung Hilfsbedürftiger auf Grund gesetzlicher Vorschrift erfüllen.

Unfallversicherungsungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft.

§ 14. Die Berufsgenossenschaft ist befugt, der Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört oder zuletzt angehört hat, gegen Ersatz der ihr dadurch erwachsenen Kosten die Fürsorge für den Verletzten über den Beginn der 14. Woche hinaus bis zur Beendigung des Heilverfahrens in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Berufsgenossenschaft für geboten erachtet. Zu ersetzen ist bei Gewährung der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistungen die Hälfte, bei Unterbringung des Verletzten in ein Krankenhaus oder eine Anstalt für Genesende das Einundeinhalbfache des in jenem Gesetze bestimmten Mindestbetrages des Krankengeldes, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

Streitigkeiten, welche aus Anlaß dieser Bestimmungen zwischen den Berufsgenossenschaften und den Krankenkassen entstehen, werden, sofern es sich um die Geltendmachung der den Berufsgenossenschaften eingeräumten Befugnisse handelt, von der nach § 58 Absatz 1 des Krankenversicherungsgesetzes zuständigen Aufsichtsbehörde der beteiligten Krankenkasse endgültig, sofern es sich aber um Ersatzansprüche handelt, nach § 58 Absatz 2 des Krankenversicherungsgesetzes entschieden.

Haben Krankenkassen oder Verbände von Krankenkassen Heilanstalten errichtet, in welchen ausreichende Einrichtungen für die Heilung der durch Unfall herbeigeführten Verletzungen getroffen sind, so kann die Landeszentralbehörde anordnen, daß die Mitglieder der betreffenden Kassen bis zum Beginne der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls nur mit Genehmigung der Vorstände dieser Kassen in andere Heilanstalten untergebracht werden dürfen.

Verletzte Personen, welche auf Veranlassung von Krankenkassen, Verbänden von Krankenkassen oder von Organen der Berufsgenossenschaften in eine Heilanstalt untergebracht sind, dürfen während des Heilverfahrens in andere Heilanstalten nur mit ihrer Zustimmung übergeführt werden. Diese Zustimmung kann durch die untere Verwaltungsbehörde des Aufenthaltsortes ergänzt werden.

Als Krankenkassen im Sinne der vorstehenden Bestimmungen sowie der §§ 76b bis 76d des Krankenversicherungsgesetzes gelten außer der Gemeinde-Krankenversicherung auch diejenigen Hilfskassen, welche die im § 75a a. a. O. vorgesehene amtliche Bescheinigung besitzen.

§ 15. Wenn der aus der Krankenversicherung erwachsende Anspruch auf Krankengeld vor dem Ablaufe von 13 Wobhen nach Eintritt des Unfalls weggefallen, aber bei dem Verletzten eine noch über die 13. Woche hinaus andauernde Beschränkung der Erwerbsfähigkeit zurückgeblieben ist, so hat die Berufsgenossenschaft dem Verletzten die Unfallrente (§ 8 Absatz 2 lit. b) schon von dem Tage ab zu gewähren, an welchem der Anspruch auf Krankengeld in Wegfall kommt. Erachtet die Berufsgenossenschaft die Voraussetzungen des Anspruchs schon vor dem Ablauf der 13. Woche nach dem Unfalle für gegeben, so hat sie die Rente zu diesem früheren Zeitpunkte festzustellen.

Durch Statut kann bestimmt werden, daß die Rente nach dem Wegfalle des Anspruchs auf Krankengeld auch dann zu gewähren ist, wenn nach jenem Zeitpunkte

zwar noch eine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit infolge des Unfalles verblieben ist, aber voraussichtlich schon vor Ablauf der 13. Woche nach dem Unfalle fortfallen wird.

Hat die Krankenkasse die aus der Krankenversicherung ihr obliegenden Leistungen vor dem Ablaufe der 13. Woche zu Unrecht eingestellt, so geht der Anspruch des Verletzten auf Krankengeld auf die Berufsgenossenshhaft bis zu demjenigen Betrag über, welcher der gemäß Absatz 1, 2 gewährten Entschädigung gleichkommt. Streitigkeiten über diesen Anspruch werden nach § 58 Absatz 2 des Krankenversicherungsgesetzes entschieden.

§ 27. Während der ersten 13 Wochen nach dem Unfall eines Arbeiters hat die Gemeinde, in deren Bezirke der Verletzte beschäftigt war, demselben die Kosten des Heilverfahrens in dem in § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichnetem Umfange zu gewähren. Diese Verpflichtung besteht nicht, insoweit die Verletzten auf Grund gesetzlicher Bestimmungen Anspruch auf eine gleiche Fürsorge haben oder nach § 136 des Gesetzes vom 5. Mai 1886 von der Versicherungspflicht befreit sind oder sich im Ausland aufhalten. Soweit aber solchen Personen die im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistuugen von den zunächst Verpflichteten nicht gewährt werden, hat die Gemeinde dieselben mit Vorbehalt des Ersatzanspruchs zu übernehmen. Die zu diesem Zwecke gemachten Aufwendungen sind von den Verpflichteten zu ersetzen.

Für außerhalb des Gemeindebezirks (Absatz 1) wohnhafte Arbeiter hat die Gemeinde ihres Wohnorts die im Absatz 1 bezeichneten Leistungen unter Vorbehalt des Anspruchs auf Ersatz der aufgewendeten Kosten zu übernehmen.

Die Berufsgenossenschaft ist befugt, die im Absatz 1 bezeichneten Leistungen selbst zu übernehmen.

§ 30. Die Verpflichtung der eingeschriebenen Hilfskassen sowie der sonstigen Kranken-, Sterbe-, Invaliden und anderen Unterstützungskassen, den von Unfällen betroffenen Arbeitern und Betriebsbeamten sowie deren Angehörigen und Hinterbliebenen Unterstützungen zu gewähren, sowie die Verpflichtung von Gemeinden oder Armenverbänden zur Unterstützung hilfsbedürftiger Personen wird durch dieses Gesetz nicht berührt.

Wenn auf Grund solcher Verpflichtung Unterstützungen für einen Zeitraum geleistet werden, für welchen den Unterstützten nach Maßgabe dieses Gesetzes ein Entschädigungsanspruch zustand oder noch zusteht, so ist hierfür den die Unterstützung gewährenden Kassen, Gemeinden oder Armenverbänden durch Ueberweisung von Rentenbeträgen Ersatz zu leisten.

In Fällen dieser Art gilt für die unter das Krankenversicherungsgesetz fallenden Kassen als Ersatz der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistungen die Hälfte des gesetzlichen Mindestbetrags des Krankengeldes dieser Kassen, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

Ist die von den Kassen, Gemeinden oder Armenverbänden geleistete Unterstützung eine vorübergehende, so können als Ersatz höchstens 3 Monatsbeträge der Rente, und zwar mit nicht mehr als der Hälfte in Anspruch genommen werden.

Ist die Unterstützung eine fortlaufende, so kann als Ersatz, wenn die Unterstützung in der Gewährung des Unterhalts in einer Anstalt besteht, für dessen Dauer und in dem zur Ersatzleistung erforderlichen Betrage die fortlaufende Ueberweisung der vollen Rente, im Uebrigen die fortlaufende Ueberweisung von höchstens der halben Rente beansprucht werden.

§ 31. Der Antrag auf Ueberweisung von Rentenbeträgen (§ 30 Absatz 2 bis 5) ist bei der Berufsgenossenschaft anzumelden; soweit es sich um den Ersatz für eine vorübergehende Unterstützung handelt, ist der Anspruch bei Vermeidung des Ausschlusses spätestens binnen 3 Monaten seit Beendigung der Unterstützung geltend zu machen.

Streitigkeiten, welche aus den Bestimmungen des § 30 Absatz 2 bis 5 zwischen den Beteiligten über den Anspruch auf Ueberweisung von Rentenbeträgen entstehen, werden im Verwaltungsstreitverfahren und, wo ein solches nicht besteht, durch die dem Ersatzberechtigten vorgesetzte Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung der Letzteren kann innerhalb eines Monats nach der Zustellung im Wege des Rekurses nach Maßgabe der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

§ 32. Die Bestimmungen der §§ 30, 31 gelten auch für Betriebsunternehmer und Kassen, welche die den Gemeinden oder Armenverbänden obliegende Verpflichtung zur Untersützung Hilfsbedürftiger auf Grund gesetzlicher Vorschrift erfüllen.

Bauunfallversicherungsgesetz.

§ 9. Die Ermittelung des Jahresarbeitsverdienstes, der Gegenstand der Versicherung, der Umfang der Entschädigung und das Verhältnis der Unfallversicherung

zu den eingeschriebenen Hilfskassen, zu den sonstigen Kranken-, Sterbe-, Invaliden- und anderen Unterstützungskassen, zu den Leistungen der zur Unterstützung hilfsbedürftiger Personen verpflichteten Gemeinden oder Armenverbände sowie der Unternehmer und Kassen, welche die den Gemeinden und Armenverbänden obliegende Verpflichtung zur Unterstützung auf Grund gesetzlicher Vorschrift erfüllt haben, bestimmt sich, vorbehaltlich der Vorschriften der §§ 10, 11 dieses Gesetzes, nach den §§ 6, 8 bis 27 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes.

§ 10. Bei Unfällen eines Arbeiters, welche sich bei Bauarbeiten der im § 6 Ziffer 4 Absatz 1 bezeichneten Art ereignen, finden die Bestimmungen der §§ 12 bis 14 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes keine Anwendung.

Bei solchen Unfällen hat die Gemeinde, in deren Bezirke der verletzte Arbeiter beschäftigt war, demselben während der ersten 13 Wochen nach dem Unfalle die im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des K.V.G. bezeichneten Leistungen zu gewähren, sofern nicht der verletzte Arbeiter sich im Auslande aufhält oder auf Grund der Krankenversicherung oder anderer Rechtsverhältnisse Anspruch auf eine mindestens gleiche Fürsorge hat. Soweit solchen Personen diese Leistungen von den zunächst Verpflichteten nicht gewährt werden, hat die Gemeinde dieselben zu übernehmen. Die zu diesem Zwecke gemachten Aufwendungen sind von den Verpflichteten zu ersetzen.

Für außerhalb des Gemeindebezirkes wohnhafte versicherte Personen hat auf Verlangen der verpfliehteten Gemeinde die Gemeinde ihres Wohnorts die im Absatz 2 bezeichneten Leistungen vorbehaltlich des Kostenersatzes zu übernehmen.

Als Ersatz der Kosten gilt die Hälfte des nach dem Krankenversicherungsgesetze zu gewährenden Mindestbetrags des Krankengeldes, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

Der weitere Kommunalverband ist befugt, statutarische Anordnungen zu erlassen, nach welchen den Gemeinden die ihnen durch Absatz 2 auferlegten Kosten des Heilverfahrens aus Mitteln des weiteren Kommunalverbandes zu ersetzen sind.

Die Versicherungsanstalt (§ 18) ist befugt, die im Absatz 2 bezeichneten Leistungen selbst zu übernehmen.

§ 11. Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche, welche aus der Bestimmung des § 10 zwischen den Verletzten einerseits und den Gemeinden andererseits entstehen, werden von der Aufsichtsbehörde entschieden. Die Entscheidung ist vorläufig vollstreckbar. Dieselbe kann innerhalb eines Monats im Verwaltungsstreitverfahren, wo ein solches nicht besteht, im Wege des Rekurses nach Maßgabe der Vorschriften der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

Streitigkeiten über Ersatzansprüche, welche aus den Bestimmungen des § 10 entstehen, werden im Verwaltungsstreitverfahren, wo ein solches nicht besteht, von der Aufsichtsbehörde der in Anspruch genommenen Gemeinde, Gemeinde-Krankenversicherung oder Krankenkasse entschieden. Gegen die Entscheidung der letzteren findet der Rekurs nach Maßgabe der Vorschriften der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung statt.

Der Landes-Zentralbehörde bleibt überlassen, vorzuschreiben, daß anstatt des Rekursverfahrens die Berufung auf den Rechtsweg mittelst Erhebung der Klage stattfindet.

Seeunfallversicherungsgesetz.

§ 14). Den unter § 1 fallenden Personen, welche nach den Bestimmungen des K.V.G. gegen Krankheit versichert sind, ist im Falle eines Betriebsunfalls vom Beginne der fünften bis zum Ablaufe der 13. Woche nach dem Eintritte des Unfalls ein Krankengeld von mindestens zwei Dritteln des bei der Berechnung zu Grunde gelegten Arbeitslohns zu gewähren. Die Differenz zwischen diesen zwei Dritteln und dem gesetzlich oder statutengemäß zu gewährenden niedrigeren Krankengeld ist der beteiligten Krankenkasse (Gemeinde-Krankenversicherung) von dem Unternehmer desjenigen Betriebs zu ersetzen, in welchem der Unfall sich ereignet hat. Die zur Ausführung dieser Bestimmung erforderlichen Vorschriften erläßt das Reichs-Versicherungsamt.

Den nach § 1 versicherten Personen, welchen in Krankheitsfällen ein gesetzlicher Anspruch auf mindestens dreizehnwöchentliche Krankenfürsorge weder gegen Rheder noch gegen Krankenkassen zusteht, hat, sofern sie nicht mehr als 2000 M. Jahresarbeitsverdienst haben, in Fällen ihrer durch einen Betriebsunfall herbeigeführten Verletzung der Betriebsunternehmer während der ersten 13 Wochen nach Eintritt des Unfalls aus eigenen Mitteln Fürsorge zu gewähren. Das Maß dieser Fürsorge richtet sich bei Seeleuten nach den Bestimmungen des § 553 des Handelsgesetzbuches und der §§ 48 ff. der Seemannsordnung, bei den sonstigen nach § 1 versicherten Personen nach den Bestimmungen der §§ 6, 7 des K.V.G. und den Be-

stimmungen des vorstehenden Absatzes über den bei Unfällen zu gewährenden Mehrbetrag des Krankengeldes. Die Berufsgenossenschaft kann die dem Unternehmer obliegenden Leistungen ganz oder teilweise statt desselben übernehmen. Der Unternehmer hat in diesem Falle der Berufsgenossenschaft Ersatz zu leisten. Dabei gilt als Ersatz der im § 9 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen bei den Seeleuten die Hälfte desjenigen Betrags, der für die Unterbringung des Verletzten in einem Krankenhaus am Sitze der zuständigen Sektion aufzuwenden gewesen wäre, bei den sonstigen Personen die Hälfte desjenigen Krankengeldes, welches dem Verletzten nach § 6 Absatz 1 Ziffer 2 des K.V.G. zustehen würde, wenn er nach dessen Bestimmungen versichert wäre.

§ 15 Wenn der aus der Krankenversicherung oder aus der Bestimmung des § 14 Absatz 2 erwachsende Anspruch auf Krankengeld vor dem Ablaufe von 13 Wochen nach Eintritt des Unfalls weggefallen, aber bei dem Verletzten eine noch über die 13. Woche hinaus andauernde Beschränkung der Erwerbsfähigkeit zurückgeblieben ist, so hat die Berufsgenossenschaft dem Verletzten die Unfallrente (§ 9 Absatz 2 Lit. b) schon von dem Tage ab zu gewähren, an welchem der Anspruch auf Krankengeld in Wegfall kommt. Erachtet die Berufsgenossenschaft die Voraussetzungen des Anspruchs schon vor dem Ablaufe der 13. Woche nach dem Unfalle für gegeben, so hat sie die Rente zu diesem früheren Zeitpunkte festzustellen.

Durch Statut kann bestimmt werden, daß die Rente nach dem Wegfalle des Anspruchs auf Krankengeld auch dann zu gewähren ist, wenn nach jenem Zeitpunkte zwar noch eine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit infolge des Unfalls verblieben ist, aber voraussichtlich schon vor Ablauf der 13. Woche nach dem Unfalle fortfallen wird.

Hat die Krankenkasse die ihr aus der Krankenversicherung, oder hat der Betriebsunternehmer die ihm aus § 14 Absatz 2 obliegenden Leistungen vor dem Ablaufe der 13. Woche zu Unrecht eingestellt, so geht der Anspruch des Verletzten auf Krankengeld auf die Berufsgenossenschaft bis zu demjenigen Betrag über, welcher der gemäß Absatz 1, 2 gewährten Entschädigung gleichkommt.

§ 16. Die Berufsgenossenschaft ist befugt, gegen Ersatz der Kosten demjenigen Betriebsunternehmer, welchem die Fürsorge für die ersten Wochen nach dem Unfall obliegt oder obgelegen hat, oder derjenigen Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört oder zuletzt angehört hat, die Fürsorge für den Verletzten bis zur Beendigung des Heilverfahrens in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Berufsgenossenschaft für geboten erachtet. Zu ersetzen ist bei Gewährung der im § 9 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen für die Dauer eines Jahres der vierte Teil des Jahresarbeitsvedienstes (§§ 10 bis 12), bei Unterbringung des Verletzten in ein Krankenhaus oder in eine Anstalt für Genesende drei Viertel dieses Jahresarbeitsverdienstes, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

Haben Krankenkassen oder Verbände von Krankenkassen Heilanstalten errichtet, in welchen ausreichende Einrichtungen für die Heilung der durch Unfall herbeigeführten Verletzungen getroffen sind, so kann die Landes-Zentralbehörde anordnen, daß die Mitglieder der betreffenden Kassen bis zum Beginne der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls nur mit Genehmigung der Vorstände dieser Kassen in andere Heilanstalten untergebracht werden dürfen.

Verletzte Personen, welche auf Veranlassung von Krankenkassen, Verbänden von Krankenkassen oder von Organen der Berufsgenossenschaft in eine Heilanstalt untergebracht sind, dürfen während des Heilverfahrens in andere Heilanstalten nur mit ihrer Zustimmung übergeführt werden. Diese Zustimmung kann durch die untere Verwaltungsbehörde des Aufenthaltsorts oder, soweit es sich um Seeleute in ausländischen Krankenhäusern handelt, durch dasjenige Seemannsamt ergänzt werden, in dessen Bezirke das Krankenhaus belegen ist.

Als Krankenkassen im Sinne dieses Paragraphen sowie der §§ 76b bis 76d des Krankenversicherungsgesetzes gelten außer der Gemeinde-Krankenversicherung auch diejenigen Hilfskassen, welche die im § 75a a. a. O. vorgesehene amtliche Bescheinigung besitzen.

§ 17. An Stelle der in den §§ 9, 14 vorgeschriebenen Leistungen kann von der Berufsgenossenschaft freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt gewährt werden, und zwar:

1) für Verletzte, welche verheiratet sind oder eine eigene Haushaltung haben oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung. Der Zustimmung bedarf es nicht, wenn die Art der Verletzung Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, denen in der Familie nicht genügt werden kann, oder wenn der für den Aufenthaltsort des Verletzten amtlich bestellte Arzt bezeugt, daß Zustand oder Verhalten des Verletzten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert;
2) für sonstige Verletzte in allen Fällen.

Mit Zustimmung des Verletzten kann an Stelle der freien Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt freie Kur und Verpflegung an Bord eines Fahrzeugs gewährt werden.

Hat die Berufsgenossenschaft von der ihr nach Absatz 1, 2 zustehenden Befugnis in den Fällen des § 14 Absatz 2 Gebrauch gemacht, so hat der Betriebsunternehmer als Ersatz für die freie Kur und Verpflegung der Berufsgenossenschaft denjenigen Betrag zu vergüten, der für die Unterbringung des Verletzten in einem Krankenhaus am Sitze der zuständigen Sektion aufzuwenden wäre. Auf Streitigkeiten, welche aus Anlaß dieser Bestimmung zwischen der Berufsgenossenschaft und dem Betriebsunternehmer entstehen, findet der § 20 Absatz 3 Anwendung.

Für die Zeit der Verpflegung des Verletzten in der Heilanstalt oder an Bord eines Fahrzeugs steht seinen Angehörigen ein Anspruch auf Rente insoweit zu, als sie dieselbe im Falle seines Todes würden beanspruchen können (§§ 22 ff).

Die Berufgenossenschaft ist befugt, auf Grund statutarischer Bestimmung allgemein, ohne eine solche im Falle der Bedürftigkeit, dem in einer Heilanstalt untergebrachten Verletzten sowie seinen Angehörigen eine besondere Unterstützung zu gewähren.

§ 18. Ist begründete Annahme vorhanden, daß dem Empfänger einer Unfallrente bei Durchführung eines Heilverfahrens eine Erhöhung seiner Erwerbsfähigkeit erlangen werde, so kann die Berufsgenossenschaft zu diesem Zwecke jederzeit ein neues Heilverfahren eintreten lassen. Dabei finden die Bestimmungen der §§ 16, 17 Absatz 1, 4, 5 Anwendung.

Hat sich der Verletzte solchen Maßnahmen der Berufsgenossenschaft, den gemäß § 9 Absatz 1 Ziffer 1, § 14 Absatz 2, §§ 16, 17 oder gemäß den Bestimmungen der §§ 76c, 76d des Krankenversicherungsgesetzes getroffenen Anordnungen ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen, so kann ihm der Schadenersatz auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, sofern er auf diese Folge hingewiesen worden ist, und nachgewiesen wird, daß durch sein Verhalten die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflußt wird.

§ 19. Der Vorstand der Berufsgenossenschaft kann einem Rentenempfänger auf seinen Antrag an Stelle der Rente Aufnahme in ein Invalidenhaus oder in ähnliche von Dritten unterhaltene Anstalten auf Kosten der Berufsgenossenschaft gewähren. Der Aufgenommene ist auf ein Vierteljahr und, wenn er die Erklärung nicht einen Monat vor Ablauf dieses Zeitraums zurücknimmt, jedesmal auf ein weiteres Vierteljahr an den Verzicht auf die Rente gebunden.

§ 20. Streitigkeiten, welche wegen Gewährung freier Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus oder an Bord eines Fahrzeugs im Ausland entstehen, werden bis zu weiterer Entschließung der zuständigen Genossenschaftsorgane durch dasjenige Seemannsamt, welches zuerst angegangen wird, entschieden. Diese Entscheidung ist vorläufig vollstreckbar.

Streitigkeiten, welche aus Anlaß der in den §§ 14, 15 Absatz 3, § 16 enthaltenen Bestimmungen enstehen, werden, soweit es sich um Ansprüche von Seeleuten handelt, durch das Seemannsamt entschieden. Zuständig ist, soweit es sich um die Gewährung von Fürsorge handelt, dasjenige Seemannsamt, welches zuerst angegangen wird, und soweit es sich um Erstattungen handelt, das Seemannsamt des Heimatshafens. Gegen die Entscheidung des Seemannsamts findet die Berufung an das Reichs-Versicherungsamt statt. Das Rechtsmittel ist bei demselben innerhalb eines Monats nach Zustellung der Entscheidung einzulegen. Die Entscheidung ist vorläufig vollstreckbar, soweit es sich um Streitigkeiten über Fürsorge handelt.

Im übrigen werden Streitigkeiten der im Absatz 2 bezeichneten Art, wenn es sich um Ersatzansprüche handelt, nach § 58 Absatz 2 des Krankenversicherungsgesetzes, im übrigen nach § 58 Absatz 1 des Krankenversicherungsgesetzes entschieden, und zwar in den Fällen des § 14 Absatz 2 von der für die Ortskrankenkassen des Beschäftigungsorts zuständigen Aufsichtsbehörde. Gehört diese zu den Beteiligten, so wird die zur Entscheidung des Streitfalls berufene Behörde durch die für den Beschäftigungsort zuständige höhere Verwaltungsbehörde bestimmt.

Aus dem Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899.

§ 15. Gegenstand der Versicherung ist der Anspruch auf Gewährung einer Rente für den Fall der Erwerbsunfähigkeit oder des Alters.

Invalidenrente erhält ohne Rücksicht auf das Lebensalter derjenige Versicherte, welcher im Sinne des § 5 Absatz 4 dauernd erwerbsunfähig ist. Eine durch einen Unfall herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit begründet unbeschadet der Vorschriften des § 113 den Anspruch auf Invalidenrente nur insoweit, als die zu gewährende Invalidenrente die gewährte Unfallrente übersteigt.

Altersrente erhält ohne Rücksicht auf das Vorhandensein von Erwerbsunfähigkeit derjenige Versicherte, welcher das 70. Lebensjahr vollendet hat.

§ 16. Invalidenrente erhält auch derjenige nicht dauernd erwerbsunfähige Versicherte, welcher während 26 Wochen ununterbrochen erwerbsunfähig gewesen ist, für die weitere Dauer seiner Erwerbsunfähigkeit.

§ 17. Dem Versicherten steht ein Anspruch auf Invalidenrente nicht zu, wenn er die Erwerbsunfähigkeit vorsätzlich herbeigeführt hat. Die Gewährung der Rente kann ganz oder teilweise versagt werden, wenn der Versicherte die Erwerbsunfähigkeit bei Begehung eines durch strafgerichtliches Urteil festgestellten Verbrechens oder vorsätzlichen Vergehens sich zugezogen hat. In allen Fällen der letzteren Art kann die Rente, sofern der Versicherte eine im Inlande wohnende Familie besizt, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, ganz oder teilweise der Familie überwiesen werden.

§ 18. Ist ein Versicherter dergestalt erkrankt, daß als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründet, so ist die Versicherungsanstalt befugt, zur Abwendung dieses Nachteils ein Heilverfahren in dem ihr geeignet erscheinenden Umfang eintreten zu lassen.

Die Versicherungsanstalt kann das Heilverfahren durch Unterbringung des Erkrankten in einem Krankenhaus oder in einer Anstalt für Genesende gewähren. Ist der Erkrankte verheiratet oder hat er eine eigene Haushaltung oder ist er Mitglied der Haushaltung seiner Familie, so bedarf es hierzu seiner Zustimmung.

Läßt die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren eintreten, so gehen bei Versicherten, welche der reichs- oder landesgesetzlichen Krankenfürsorge unterliegen, vom Beginne dieses Heilverfahrens an bis zu dessen Beendigung die Verpflichtungen der Krankenkasse gegen den Versicherten auf die Versicherungsanstalt über. Dieser hat die Krankenkasse Ersatz zu leisten in Höhe desjenigen Krankengeldes, welches der Versicherte von der Krankenkasse für sich beanspruchen konnte.

Während des Heilverfahrens ist für solche Angehörigen des Versicherten, deren Unterhalt dieser bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, eine Unterstützung auch dann zu zahlen, wenn der Versicherte der reichs- oder landesgesetzlichen Krankenversorgung nicht unterliegt. Diese Angehörigenunterstützung beträgt, sofern der Versicherte der reichs- oder landesgesetzlichen Krankenfürsorge bis zum Eingreifen der Versicherungsanstalt unterlag, die Hälfte des für ihn während der gesetzlichen Dauer der Krankenunterstützung maßgebend gewesenen Krankengeldes, im übrigen ein Viertel des für den Ort seiner letzten Beschäftigung oder seines letzten Aufenthalts maßgebenden ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter. Wenn der Versicherte Invalidenrente erhält, kann dieselbe auf die Angehörigenunterstützung angerechnet werden.

§ 19. Die Versicherungsanstalt, welche ein Heilverfahren eintreten läßt, ist befugt, die Fürsorge für den Erkrankten der Krankenkasse, welcher er angehört oder zuletzt angehört hat, in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Versicherungsanstalt für geboten erachtet. Werden dadurch der Kasse Leistungen auferlegt, welche über den Umfang der von ihr gesetzlich oder statutarisch zu leistenden Fürsorge hinausgehen, so hat die Versicherungsanstalt die entstehenden Mehrkosten zu ersetzen. Bestand eine Fürsorgepflicht der Krankenkasse nicht mehr, so ist ihr von der Versicherungsanstalt bei Gewährung der im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistungen das halbe, bei Unterbringung des Versicherten in ein Krankenhaus oder in eine Anstalt für Genesende das einundeinhalbfache Krankengeld zu ersetzen, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

§ 20. Als Krankenkassen im Sinne der Bestimmungen in den §§ 18, 19 gelten auch diejenigen Hilfskassen, welche die im § 75a des Krankenversicherungsgesetzes vorgesehene amtliche Bescheinigung besitzen.

§ 21. Ist die Krankheit, wegen deren das Heilverfahren eingeleitet wurde, auf einen nach den Reichsgesetzen über Unfallsicherung zu entschädigenden Unfall zurückzuführen, und ist durch das Heilverfahren der Eintritt der Erwerbsunfähigkeit (§§ 15, 16) verhindert und zugleich eine Entlastung des entschädigungspflichtigen Trägers der Unfallversicherung herbeigeführt worden, indem die Unfallentschädigung ganz oder zum Teil nicht zu bewilligen war oder in Wegfall gekommen ist, so hat die Versicherungsanstalt gegen diesen Träger Anspruch auf Ersatz der Kosten des Heilverfahrens in dem im § 19 Satz 3 vorgesehenen Umfange. Ein Ersatz für Kosten des Heilverfahrens, welche vor dem Beginne der 14. Woche nach dem Unfall entstanden sind, kann nicht beansprucht werden.

Für die Ansprüche des Versicherten an den Träger der Unfallversicherung ist die Uebernahme des Heilverfahrens durch die Versicherungsanstalt der Uebernahme durch den Träger der Unfallversicherung gleich zu achten.

§ 22. Wird der Versicherte infolge der Krankheit erwerbsunfähig, so kann ihm, falls er sich den gemäß §§ 18, 19 von der Versicherungsanstalt getroffenen Maßnahmen ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen hat, die Invalidenrente auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, sofern er auf diese Folgen hingewisen worden ist und nachgewiesen wird, daß die Erwerbsunfähigkeit durch sein Verhalten veranlaßt ist.

§ 23. Streitigkeiten, welche aus den Bestimmungen in den §§ 18 bis 20, 22 zwischen den Versicherungsanstalten und den Versicherten entstehen, werden, soweit sie nicht bei der Rentenfeststellung zum Austrage gelangen, von der Aufsichtsbehörde der Versicherungsanstalten entschieden.

Streitigkeiten, welche aus den Bestimmungen in den §§ 18 bis 20, 22 zwischen den Versicherungsanstalten und den Krankenkassen entstehen, werden, sofern es sich um die Geltendmachung der den Versicherungsanstalten eingeräumten Befugnisse handelt, von der Aufsichtsbehörde der beteiligten Krankenkasse, sofern es sich aber um Ersatzansprüche handelt, im Verwaltungsstreitverfahren, oder, wo ein solches nicht besteht, ebenfalls durch die Aufsichtsbehörde der beteiligten Krankenkassen entschieden. Die Entscheidung dieser Aufsichtsbehörde ist im ersteren Falle endgültig; im letzteren Falle kann sie innerhalb eines Monats nach der Zustellung im Wege des Rekurses nach Maßgabe der §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden.

Streitigkeiten über Ersatzansprüche in den Fällen des § 21 Absatz 1 werden durch das Reichs-Versicherungsamt entschieden.

§ 47. Tritt in den Verhältnissen des Empfängers einer Invalidenrente eine Veränderung ein, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig (§§ 15, 16) erscheinen läßt, so kann demselben die Rente entzogen werden.

Ist begründete Annahme vorhanden, daß der Empfänger einer Invalidenrente bei Durchführung eines Heilverfahrens die Erwerbsfähigkeit wieder erlangen werde, so kann die Versicherungsanstalt zu diesem Zwecke ein Heilverfahren eintreten lassen. Dabei finden die Bestimmungen des § 18 Absatz 2—4, §§ 19 bis 21, 23 mit der Maßgabe Anwendung, daß an Stelle der Angehörigenunterstützung die Invalidenrente treten kann. Hat sich der Rentenempfänger solchen Maßnahmen der Versicherungsanstalt ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen, so kann ihm die Rente auf Zeit ganz oder teilweise entzogen werden, sofern auf diese Folgen hingewiesen worden ist und nachgewiesen wird, daß er durch sein Verhalten die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit vereitelt hat.

§ 166. Als Krankenkassen im Sinne dieses Gesetzes gelten vorbehaltlich der Bestimmung in den §§ 20, 62, Absatz 1, § 82 Absatz 2 die Orts-, Betriebs- (Fabrik-), Bau- und Innungskrankenkassen, die Knappschaftskassen, sowie die Gemeinde-Krankenversicherung und landesrechtliche Einrichtungen ähnlicher Art.

III. Kapitel.

Kurzer Ueberblick über die Organisation der Krankenversicherungs-Gesetzgebung.

Die reichsgesetzliche Krankenversicherung war die unmittelbare Folge der allerhöchsten Botschaft, welche Kaiser Wilhelm I. am 17. November 1881 dem Reichstage zugehen ließ. Dieselbe hatte folgenden Wortlaut:

„Wir halten es für Unsere kaiserliche Pflicht, dem Reichstag die Förderung des Wohles der Arbeiter von Neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaft seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. In Unseren

darauf gerichteten Bestrebungen sind Wir der Zustimmung aller verbündeten Regierungen gewiß und vertrauen auf die Unterstützung des Reichstags ohne Unterschied der Parteistellungen. In diesem Sinne wird zunächst der Entwurf eines Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle vorbereitet. Ergänzend wird ihm eine Vorlage zur Seite treten, welche sich eine mäßige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens zur Aufgabe stellt. Aber auch diejenigen, welche durch Alter oder Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der Gesamtheit gegenüber einen begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zu teil werden können. Für diese Fürsorge die rechten Mittel und Wege zu finden, ist eine schwierige, aber auch eine der höchsten Aufgaben jedes Gemeinwesens, welches auf den sittlichen Fundamenten des christlichen Volkslebens steht. Der engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form korporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung werden, wie Wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfange nicht gewachsen sein würde.

Das erste der sozialpolitischen Gesetze war das K.V.G. vom 15. Juni, dem später die Novelle vom 10. April 1892 folgte.

1. Umfang der Versicherung.

Der Kreis der versicherten Personen erstreckt sich auf fast alle im Gewerbe, Handel und Handwerk gegen Entgelt (Lohn, Gehalt, Gewinnanteil, Naturalbezüge) beschäftigten Arbeiter. Die Zahl der Versicherten betrug im Jahre 1900: 10156512 bei einer Gesamtbevölkerung von 56004000 Personen. Das Gesetz unterscheidet eine unbedingte (d. h. unabhängig von der Höhe des Lohnes) und eine bedingte Versicherungspflicht und eine freiwillige Versicherung. Der unbedingten Versicherungspflicht unterliegen die gewerblichen Arbeiter, Betriebsbeamten, Werkmeister, Techniker, Handlungsgehilfen und Beamten der Reichs-, Staats- und Kommunalverbände. Bedingt versicherungspflichtig, d. h. bei einem Einkommen bis zu 2000 M. jährlich, sind die im Geschäftsbetriebe der Anwälte, Notare, Gerichtsvollzieher, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten beschäftigten Personen, vorausgesetzt, daß die Beschäftigung eine freiwillig übernommene ist (also z. B. nicht bei Gefangenen) und auf nicht weniger als eine Woche beschränkt ist.

An Stelle des gesetzlichen Versicherungszwanges gestattet das Gesetz einen statutarischen Versicherungszwang für solche Berufsgruppen, für welche ein Zwang zur Versicherung nur unter besonderen örtlichen Verhältnissen als notwendig und durchführbar anerkannt werden kann. Hierher gehören vor allem die Hausgewerbetreibenden[1]) und die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter.

Die freiwillige Versicherung ist zugelassen durch freiwilligen Eintritt und durch freiwillige Fortsetzung der Versicherung. Zum freiwilligen Eintritt sind berechtigt alle Personen, deren Jahreseinkommen 2000 M. nicht übersteigt, und welche der Versicherungs-

1) Cf. den Entwurf eines Bundesratsbeschlusses, S. 41.

pflicht nicht unterliegen, ferner die Dienstboten. Die Aufnahme kann von einer ärztlichen Gesundheitsbescheinigung abhängig gemacht werden.

Die freiwillige Fortsetzung der Versicherung steht jedem Versicherten frei, vorausgesetzt, daß nicht durch Wechsel der Beschäftigung eine neue Zwangsversicherung eintritt, und daß der Vertreter im Inlande oder im Gemeindebezirk seines bisherigen Aufenthaltes verbleibt. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses ist jedoch vom Jahreseinkommen völlig unabhängig.

2. Die Träger der Versicherung.

Zur Durchführung der Versicherung bedurfte es engerer Organisationen (Krankenkassen), in denen der Versicherungspflicht genügt werden konnte. Bei der Einrichtung der Krankenkassen verfuhr das Gesetz nach dem Grundsatz der gegenseitigen, auf Selbstverwaltung beruhenden Krankenversicherung der Berufsgenossen in korporativen Verbänden. Als Grund dieser Einrichtung wurde angenommen, daß dieselbe bei der bezüglichen Gleichheit der Krankheitsgefahr die zweckmäßigste ist, daß durch die bei ihr, d. h. bei gegenseitiger Krankenversicherung der Berufsgenossen, am leichtesten durchzuführenden Selbstverwaltung ein wohltätiger moralischer Einfluß ausgeübt werde, und daß durch die nahen Beziehungen der Kassenmitglieder zu einander die zur Bekämpfung der Simulation unentbehrliche Kontrolle erleichtert werde. (Motive zum K.V.G. — cf. WOEDTKE, K.V.G., 5. Aufl., p. 30.)

Im Gegensatz zur Unfallversicherung, welche nach Gewerbszweigen organisiert ist, beschränkt sich daher die K.V. auf die örtliche Organisation, weil es sich bei ihr um eine große Zahl weniger gewichtiger Fälle handelt, bei denen die Unterstützung aber sofort geleistet werden muß, wenn anders sie ihren Zweck erfüllen soll.

Hiernach hat das K.V.G. die folgenden Krankenkassen zugelassen, wobei es vielfach an die schon bestehenden Organisationen anknüpfte:

a) Die Ortskrankenkassen, welche von den Gemeinden für die am Orte vertretenen Gewerbezweige zu errichten sind und eigentlich als Berufskrankenkassen gedacht wurden. Im Jahre 1900 bestanden 4655 solcher Kassen. Sie umfassen die verschiedenen Gewerbe (z. B. Bäcker, Tischler, Tabakarbeiter etc.) und Betriebsarten (z. B. kaufmännische Geschäfte), haben weitgehende Selbstverwaltungsrechte und gestatten Arbeitgebern und Arbeitnehmern nach Maßgabe ihrer Beiträge Teilnahme an der Verwaltung.

b) Die Betriebskrankenkassen werden von den Unternehmern größerer Betriebe (z. B. Fabriken, Rhedereien etc.) errichtet. Im Jahre 1900 bestanden 7487 solcher Kassen. Sie lehnen sich in ihrer Organisation eng an die Ortskrankenkassen an. Der Betriebsunternehmer hat verschiedene Verpflichtungen gegenüber der Kasse, so besonders die Vorschuß- und Zuschußpflicht, wenn die Kasse ihren Aufgaben nicht gerecht werden kann.

c) Die Baukrankenkassen, eine Abart der vorhergehenden Kassenart, werden von Bauherren vorübergehender Betriebe (z. B. Eisenbahn-, Kanal-, Festungsbauten etc.) errichtet und endigen nach Vollendung des Baues. Es gab 1900 79 solcher Kassen. Ihre Organisation entspricht derjenigen der Betriebskassen.

Die bisher genannten 3 Kassenarten sind durch das K.V.G. erst neu geschaffen geworden. Die folgenden, mit Ausnahme der Gemeinde-Krankenversicherung, die überhaupt eine Sonderstellung einnimmt, bestanden schon früher und wurden unter entsprechenden Aenderungen bei der Durchführung der Krankenversicherungs-Gesetzgebung verwandt.

d) Die Innungskrankenkassen sind auf Grund der Gewerbeordnung von Innungen für die Gesellen und Lehrlinge ihrer Mitglieder errichtet. Es gab 601 solcher Kassen im Jahre 1900. Ihre Organisation entsprach im ganzen derjenigen der Ortskassen.

e) Die Knappschaftskassen werden auf Grund berggesetzlicher Vorschriften der Einzelstaaten errichtet. Sie müssen die für die Betriebskrankenkassen vorgeschriebenen Mindestleistungen gewähren, unterliegen aber im übrigen den landesgesetzlichen Vorschriften. Im Jahre 1900 gab es 195 solcher Kassen in Deutschland.

f) Die Gemeinde-Krankenversicherung ist keine eigentliche Krankenkasse, sondern eine Einrichtung der Gemeinde, welche subsidiär, d. h. aushilfsweise überall da eintritt, wo die versicherungspflichtigen Personen weder einer der vorher genannten Kasse noch einer freien Kasse angehören. Die Verwaltung der Gemeinde-Krankenversicherung liegt in den Händen der Gemeinde, die auch Eigentümerin des Vermögens der Kasse ist. Es gab 8512 Gemeinde-Krankenversicherungen im Jahre 1900.

Alle diese 6 vorgenannten Kasseneinrichtungen sind Zwangskassen, d. h. ihre Mitgliedschaft erfolgt ohne jede Erklärung des Versicherungspflichtigen nur auf Grund der Beschäftigungsart und beginnt sofort. Ein Uebertritt von einer Zwangskasse zu einer andern bei Wechsel der Beschäftigung oder des Ortes findet statt, wobei weder eine Warte-(Karenz-)zeit noch Erhebung eines Eintrittsgeldes zulässig ist. Den Zwangskassen gegenüber stehen

g) die eingeschriebenen Hilfskassen und die auf Grund landesrechtlicher Vorschriften errichteten Hilfskassen, sogen. freie Hilfskassen. Sie befreien ihre Mitglieder nur dann von der Zugehörigkeit zu einer Zwangskasse, wenn sie mindestens dasselbe gewähren, was die Gemeinde-Krankenversicherung nach §§ 6 und 7 des K.V.G. leistet. Andern Falles wirken diese Kassen nur als Zuschußkassen, die den Mitgliedern erhöhtes Krankengeld gewähren. Doch darf die Summe des aus mehreren Kassen bezogenen Krankengeldes den Betrag des vollen Lohnes nicht überschreiten. Im Jahre 1900 gab es 1687 freie Hilfskassen in Deutschland, von denen 1451 eingeschriebene und 236 landesrechtliche Hilfskassen waren.

3. Die Leistungen der Krankenversicherung.

Der Zweck der Krankenversicherung ist, dem Versicherten eine sichere und auskömmliche Unterstützung in Krankheitsfällen zu teil werden zu lassen. Hierfür setzt das Gesetz gewisse Mindestleistungen fest, unter die nicht heruntergegangen werden darf und die mindestens bis zu 26 Wochen zu gewähren sind. Diese Mindestleistungen, auf welche jeder Versicherte gesetzlichen Anspruch hat, sind:

a) vom Beginne der Krankheit ab freie ärztliche Behandlung und Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel;

b) im Falle der Erwerbsunfähigkeit vom 3. Tage nach dem Tage der Erkrankung ab für jeden Arbeitstag (also exkl. der Sonn- und

Festtage) ein Krankengeld in Höhe der Hälfte des den Beiträgen zu Grunde liegenden Tagelohnes des sogen. ortsüblichen Tageslohnes gewöhnlicher Tagesarbeiter.

Bei Erwerbsunfähigkeit endet die Krankenunterstützung erst 26 Wochen nach Beginn des Krankengeldbezuges, sonst nach Begin der Krankheit. Das Krankengeld ist wöchentlich zu zahlen.

An Stelle vorgenannter Leistungen tritt unter gewissen Voraussetzungen

c) freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause neben der Hälfte des vorbezeichneten Krankengeldes für die Angehörigen des Versicherten.

Diese Mindestleistungen haben die Gemeinde-Krankenversicherungen und solche freie Hilfskassen zu gewähren, deren Mitglieder von der Versicherung bei einer anderen Krankenkasse befreit sein wollen, oder, wie der technische Ausdruck lautet, dem § 75 des K.V.G. genügen.

Bei den übrigen (organisierten) Zwangskassen kommen noch als Mindestleistung hinzu

d) ein Sterbegeld im 20-fachen Betrage des durchschnittlichen Tagelohnes;

e) für Wöchnerinnen eine 6-wöchentliche Unterstützung in Höhe des Krankengeldes.

Auch können diese Krankenkassen ihre Leistungen erweitern durch Verlängerung der Krankheitsunterstützung bis zu einem Jahre (statt 26 Wochen). Erhöhung des Krankengeldes bis 75 (statt 50) Proz. und des Sterbegeldes bis zum 40- (statt 20-)fachen Betrage des durchschnittlichen Tagelohnes, Fortfall der 3-tägigen Warte-(Karenz-)zeit und der Sonn- und Festtage, sowie endlich Ausdehnung der Krankenfürsorge auf Familienangehörige und Rekonvaleszenten. Für die Knappschafts- und freien Kassen kennt das Gesetz nur Unter-, nicht Obergrenzen ihrer Leistungen.

Ueber die Leistungen der reichsgesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1900 geben die folgenden Zahlen Auskunft[1]):

Die Zahl der Kassen überhaupt betrug 23216, die Zahl der Versicherten 10156512, darunter 7934484 Männer und 2222028 Frauen. Die Gesamtbevölkerung betrug 56004000, so daß also mehr als der 6. Teil der Bevölkerung gesetzlich gegen Krankheit versichert ist. Tatsächlich ist die Zahl der Versicherten natürlich viel größer, da die obige Statistik nur die Zwangskassen und solche Kassen umfaßt, die dem § 75 K.V.G. Genüge leisten. Die Ausgaben im ganzen betrugen 185255096 M., von denen 175158938 M. auf Entschädigungsleistungen und 10096158 M. auf Verwaltungskosten entfielen. Die Entschädigungsleistungen verteilten sich folgendermaßen:

Arzt	M.	36 369 693
Arznei und kleine Heilmittel	„	28 396 943
Krankengeld an Mitglieder	„	76 215 160
Krankengeld an Angehörige	„	1 534 571
Wöchnerinnen	„	2 559 498
Krankenhaus und Rekonvaleszenz	„	22 040 824
Sterbegeld	„	5 741 971
Sonstige Leistungen	„	2 300 278

Die ersten 6 der Krankenfürsorge bestimmten Rubriken betragen mithin 172858660 M. An Krankheitsfällen wurden 4014640 gezählt, an

1) Arbeiterversorgung 1902, No. 21.

Krankheitstagen 70142617. Auf einen Fall kamen an Entschädigungsleistungen pro Krankheitsfall 43,63 M. und pro Krankheitstag 2,50 M.

Hierzu ist jedoch zu bemerken, daß die Zahlen für die Knappschaftskassen nur geschätzt sind, da über sie kein der Statistik der anderen Kassen entsprechendes Material vorliegt. Ferner beziehen sich die Angaben der Reichstatistik nur auf Erkrankungen, die mit Erwerbsunfähigkeit verbunden sind, für die also Krankengeld gezahlt oder Behandlung im Krankenhause gewährt wurde. In einer sehr verdienstvollen statistischen Arbeit über die Krankenkassen des Deutschen Reiches hat L. PFEIFFER[1]) den dadurch bedingten Ausfall an Krankheitstagen auf ca. 28 Proz. berechnet.

Läßt man die Knappschaftskassen aus der Statistik fort, so bleiben 23021 Kassen mit 9520763 Mitgliedern übrig.

Während die Bevölkernng seit 1895 sich um 7,8 Proz. vermehrte, hob sich die Zahl der Versicherten um 26$^1/_2$ Proz. Von den Krankheitskosten entfielen 1900 auf das Krankengeld 44 Proz., auf ärztliche Behandlung 22 Proz. und auf Arznei etc. 17 Proz. Auf ein Mitglied kamen 0,39 Erkrankungsfälle, 6,82 Krankheitstage und 16,58 M. Krankheitskosten. Letztere Summe wird gewonnen, indem das auf ein Mitglied entfallende Vermögen der einzelnen Kassenarten mit dem jährlichen Aufwand für Krankheit verglichen und nach dem Durchschnitt berechnet wird. Das angesammelte Vermögen aller Kassen 1900 betrug 171689304 M. Auf 1 Mitglied kamen bei

	Krankheitskosten	Vermögen
der Gemeinde-Krankenversicherung	8,75 M.	0,07 M.
den Ortskrankenkassen	15,77 „	14,99 „
„ Betriebs- „	22,16 „	27,12 „
„ Bau- „	21,47 „	15,93 „
„ Innungs- „	14,85 „	14,71 „
„ eingeschriebenen Hilfskassen	18,05 „	19,26 „
„ landesrechtlichen Kassen	15,83 „	41,63 „
Zusammen durchschnittlich	16,58 M.	16,43 M.

4. Aufbringung der Mittel.

Die Kosten, welche die Durchführung der Krankenversicherung erfordert, werden durch Beiträge aufgebracht, welche von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gemeinsam getragen werden, und zwar bestimmt das Gesetz, daß erstere ein Drittel und letztere zwei Drittel zu zahlen haben. Dies gilt für alle reichsgesetzlichen Krankenkassen mit Ausnahme der Knappschafts- und freien Hilfskassen ohne Beitrittszwang, für die besondere Vorschriften im Gesetz nicht bestehen.

Die Höhe der Beiträge variiert nach den Kassenarten. Bei der Gemeinde-Krankenversicherung sind die Beiträge auf 1$^1/_2$ bis höchstens 3 Proz. des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter beschränkt, bei den Orts-, Betriebs- (Fabrik-), Bau- und Innungskassen auf 3,6 bis 6 Proz. des Durchschnittslohnes derjenigen Klassen von Arbeitern, für welche die Kasse errichtet ist. Die Höhe des ortsüblichen Tagelohnes setzt die höhere Verwaltungsbehörde nach Anhörung der Gemeindebehörde fest; sie wird für männliche und weibliche, für Personen unter und über 16 Jahren besonders normiert.

1) Korresp.-Bl. d. Allg. ärztl. Vereins von Thüringen, 1902, No. 3 u. 4.

Jede Kasse hat einen Reservefonds anzusammeln, der bis zum Betrage der durchschnittlichen Jahresausgabe der letzten 3 Jahre geht. Uebersteigt er diesen Durchschnitt, so kann eine Erhöhung der Leistungen oder Herabsetzung der Beiträgc eintreten. Solange der Reservefonds den genannten Betrag nicht erreicht, muß ihm mindestens ein Zehntel des Jahresbetrages der Kassenbeiträge zugeführt werden.

Während der Krankenunterstützung ruht die Beitragspflicht, indes die Mitgliedschaft fortdauert.

Die Arbeitgeber sind verpflichtet, die vollen Beiträge für die versicherungspflichtigen Personen einzuzahlen; den auf die Versicherten entfallenden Bruchteil müssen sie bei den Lohnzahlungen in Abzug bringen. Ebenso liegt ihnen die An- und Abmeldepflicht der Versicherten ob. Nur wenn die Arbeitgeber mit Abführung der Beiträge im Rückstande geblieben oder gerichtlich für zahlungsunfähig erklärt sind, sind die Versicherten verpflichtet, den auf sie entfallenden Betrag selbst einzuzahlen. Letzteres gilt ebenfalls für die freiwillig Versicherten und die Mitglieder einer freien Hilfskasse.

Anhang.

A. Die Krankenversicherung der Dienstboten.

Für Dienstboten besteht bisher ein reichsgesetzlicher Versicherungszwang nicht. Dieselben sind jedoch nach §§ 4 und 26a des K.V.G. befugt, freiwillig der Gemeinde-Krankenversicherung oder einer Ortskrankenkasse, sofern eine solche derartige Bestimmung getroffen hat, beizutreten. Natürlich fällt in solchen Fällen die Beitragspflicht der Herrschaft fort.

Mehrere Bundesstaaten haben jedoch selbständig die Versicherungspflicht der Dienstboten eingeführt, über die hier ein kurzer Ueberblick seine Stelle finden mag.

Unter den jetzigen Verhältnissen regelt sich die Krankenfürsorge für Dienstboten im Deutschen Reich allgemein nach dem B.G.B. § 617. Derselbe lautet:

„Ist bei einem dauernden Dienstverhältnis, welches die Erwerbstätigkeit des Verpflichteten vollständig oder hauptsächlich in Anspruch nimmt, der Verpflichtete in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen, so hat der Dienstberechtigte ihm im Falle der Erkrankung die erforderliche Verpflegung und ärztliche Behandlung bis zur Dauer von 6 Wochen, jedoch nicht über die Beendigung des Dienstverhältnisses hinaus, zu gewähren, sofern nicht die Erkrankung von den Verpflichteten vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeigeführt worden ist. Die Verpflegung und ärztliche Behandlung kann durch Aufnahme des Verpflichteten in eine Krankenanstalt gewährt werden. Die Kosten können auf die für die Zeit der Erkrankung geschuldete Vergütung angerechnet werden. Wird das Dienstverhältnis nach § 626 gekündigt, so bleibt die dadurch herbeigeführte Beendigung des Dienstverhältnisses außer Betracht.

Die Verpflichtung des Dienstberechtigten tritt nicht ein, wenn für die Verpflegung und ärztliche Behandlung durch eine Versicherung oder durch eine Einrichtung der öffentlichen Krankenpflege Vorsorge getroffen ist.“

Daß diese Krankenfürsorge als genügend zu bezeichnen sei, kann nicht behauptet werden, zumal bei Krankheiten, die länger als 6 Wochen dauern, wo die Dienstboten dann auf sich selbst, d. h. meist auf die Armenfürsorge angewiesen sind.

Mehrere Bundesstaaten haben deshalb, wie schon erwähnt, gesetzlich den Versicherungszwang für Dienstboten eingeführt, so Baden, Braunschweig, Bayern, Hamburg, Lübeck, Sachsen-Weimar und Württemberg. Die Dienstboten sind dort meist in Dienstbotenkrankenkassen versichert, die den Erkrankten außer Krankengeld alles gewähren, was das K.V.G. als gesetzliche Mindestleistungen vorschreibt.

So ist z. B. in Hamburg die Krankenversicherung der Dienstboten durch das Gesetz, betr. die Krankenversicherung der Dienstboten vom 16. Juli 1890 geregelt. Die auf Grund desselben errichtete Dienstbotenkrankenkasse, welche rund 29000 Mitglieder umfaßt, wird von der Behörde für das Versicherungswesen verwaltet. Die Beiträge (1 M. monatlich) werden zu gleichen Teilen von Dienstherrschaft und Dienstboten getragen, jedoch nur von ersterer eingezogen, die dann berechtigt ist, die Hälfte davon bei der Lohnzahlung in Abzug zu bringen. Die Kasse gewährt vom Tage der Erkrankung ab freie ärztliche Behandlung durch den Kassenarzt (wobei den Erkrankten die Wahl unter den 40 angestellten Aerzten frei steht), freie Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel oder freie Kur in den öffentlichen Krankenhäusern; die Krankenunterstützung endet spätestens nach 26 Wochen. Außerdem gewährt die Kasse ein Sterbegeld von 60 M.

Eine ähnliche Einrichtung hat die Gesindekrankenkasse in Lübeck, nur daß dort die Krankenunterstützung schon nach 13 Wochen endet, das Sterbegeld nur 30 M. und der jährliche Beitrag nur 8 M. beträgt; dabei besteht völlig freie Arztwahl unter den in Lübeck ansässigen Aerzten.

In Bayern besteht eine gemeindliche Krankenversicherung für alles (städtisches und ländliches) Gesinde, durch Gesetz vom 29. April 1869 geregelt. Die Unterstützungsdauer beträgt 90 Tage, der nur von den Dienstboten zu erhebende Beitrag bis zu 7,80 M. jährlich (= 15 Pf. wöchentlich). In einzelnen Städten (z. B. Berlin, Leipzig, Altona) besteht ein Krankenhausabonnement für erkrankte Dienstboten, wodurch dieselben gegen eine gewisse Prämie (gewöhnlich 5 M. pro Jahr) Aufnahme in den städtischen Krankenanstalten finden.

Sachsen hatte 1899 einen Gesetzentwurf, betreffend die Krankenversicherungspflicht der häuslichen Dienstboten, an den Landtag gebracht, denselben aber im folgenden Jahre wieder zurückgezogen mit Rücksicht auf die in Aussicht genommene reichsgesetzliche Regelung der Angelegenheit.

Zu den „Dienstboten" im Sinne des Gesetzes rechnet Woedtke (1, S. 120) Bediente, Diener, Köchinnen, Dienstmädchen, Stuben- und Kindermädchen, Wirtschafterinnen, Kammerjungfern, nicht aber Gesellschafterinnen oder gar Hauslehrer, ferner Kutscher, Portiers, Gärtner und ähnliche Personen, sofern sie nicht für den Gewerbebetrieb ihres Brotherrn engagiert sind.

Literatur zum Anhang A des III. Kapitels.

1) **v. Woedtke,** *Krankenversicherungsgesetz, 5. Aufl., 1896.*
2) **Mugdan,** *Das Krankenversicherungsgesetz, Leipzig 1900.*

3) **Mugdan,** *Handbuch der Krankenversorgung, Bd. II, 2. Abt., S. 111, Berlin 1899.*
4) **Petersen, Th.,** *Das Hamburger Gesetz, betr. die Krankenversicherung der Dienstboten, Hamburg 1896.*
5) **Mattutab, H.,** *Die Krankenversicherung der Dientboten etc. Soziale Praxis, Bd. XII, 1902, No. 8.*
6) *Aerztliches Vereinsblatt, 1899, S. 518; 1900, S. 105 u. 185.*

B. Zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes.

Für die bevorstehende Reform des K.V.G. hatte der preußische Minister für Handel und Gewerbe durch Erlaß vom 25. Mai 1900 durch die preußischen Aufsichtsbehörden der Krankenkassen den Vorständen derselben eine Anzahl Fragen vorlegen lassen, aus denen ersichtlich ist, in welcher Richtung sich jene Reform bewegen sollte (1). Diese Fragen lauteten folgendermaßen, wobei wir nach v. FRANKENBERG (2) das Resultat der Umfrage kurz angeben:

1) Empfiehlt sich eine Erweiterung des Kreises der versicherungspflichtigen Personen? Ist insbesondere die Ausdehnung des Versicherungszwanges auf alle der Invalidenversicherung unterliegenden Personen erwünscht? Welche Einschränkungen würden vorzunehmen sein? Welche Bestimmungen würden namentlich zu treffen sein für land- und forstwirtschaftliche Arbeiter und das Gesinde?

Die Erweiterung der Unterstützungsdauer der Krankenkassen auf 26 Wochen, wodurch der Zusammenhang zwischen Krankenversicherung und Invalidensicherung hergestellt wird, wurde allseitig befürwortet, die Ausdehnung des Krankenversicherungszwanges auf die meisten invalidenversicherungspflichtigen Berufsgruppen meist empfohlen.

2) Besteht ein Bedürfnis zur Beibehaltung der Gemeinde-Krankenversicherung als Träger der Versicherung?

Diese Frage wurde meist verneint.

3) Erscheint es zweckmäßig und durchführbar, die Ortskrankenkassen so zu organisieren, daß alle im Bezirk einer oder mehrerer Gemeinden beschäftigten versicherungspflichtigen Personen unter Beseitigung der für einen einzelnen oder für mehrere einzelne Gewerbezweige errichteten Ortskrankenkassen einer Ortskrankenkasse angehören (Gemeinde- und Bezirkskrankenkassen)?

Diese Absicht, die Ortskrankenkassen zu zentralisieren, wurde verschiedentlich heftig bekämpft und von mehreren Seiten geltend gemacht, daß dann auch die Innungs-, Knappschafts-, Betriebs- (Fabrik-) und Baukrankenkassen zusammengelegt werden müßten.

4) Sollen den Arbeitgebern unter Erhöhung des aus eigenen Mitteln zu bestreitenden Anteils an den Beiträgen auf die Hälfte (statt bisher ein Drittel) in der Verwaltung der Kassen die gleichen Rechte wie den Arbeitern eingeräumt werden?

Diese Frage wurde sehr verschieden beurteilt, aus vielen Kreisen in ablehnendem Sinne.

5) Empfiehlt sich ein Anschluß der Ortskrankenkassen an die Gemeindeverwaltung in der Weise, daß ein Gemeindebeamter zum Vorsitzenden bestellt wird und die Bureaubeamten — diese vorbehaltlich der Erstattung der Gehälter durch die Kassen — von der Gemeinde angestellt werden?

6) Ist in das Gesetz eine deklarierende Bestimmung aufzunehmen, wonach als „ärztliche Behandlung“ im Sinne des K.V.G. nur die Behandlung durch approbierte Aerzte (§ 29 der Reichs-

gewerbeordnung) gilt? Welche Ausnahmen sind im Bejahungsfall vorzusehen?

Dem ersten Teil dieser Frage, die für den Aerztestand von größter Wichtigkeit ist, wurde allseitig zugestimmt.

7) Ist die durch §§ 6 und 26a des K.V.G. den Kassen gegebene Möglichkeit der Einführung des Zwanges zur Benutzung bestimmter Aerzte beizubehalten oder empfiehlt sich die Einführung der freien Aerztewahl? Allgemein oder mit welchen Beschränkungen? Welche Einrichtungen sind im Fall der Einführung der freien Aerztewahl zur Verhütung einer über das Bedürfnis hinausgehenden Ausübung der ärztlichen Verordnungen zu treffen? Sind besondere Vorschriften über die Entscheidung von Streitigkeiten zwischen Aerzten und Kassen zu treffen?

Diese Forderung der freien Aerztewahl wurde aus Kassenkreisen lebhaft bekämpft. Als Grund ward allgemein die Furcht vor einer Erhöhung der Arzthonorare und der Krankengeldsummen bezeichnet.

8) Empfiehlt es sich, nach dem Vorgang bei § 30 I.V.G. in den §§ 6a Ziffer 2 und 26a K.V.G. die Worte „oder geschlechtliche Ausschweifungen" zu streichen?

Wird allgemein befürwortet.

9) Haben sich die Befugnisse der Aufsichtsbehörden als unzulänglich erwiesen? In welcher Beziehung ist eine Verstärkung der Aufsichtsbefugnisse notwendig?

10) Sollen die Hilfskassen als gleichberechtigte Träger der Krankenversicherung beibehalten oder nur noch als Zuschußkassen zugelassen werden?

Die Forderungen der Krankenkassen bei Abänderung des K.V.G. sind in einer Anzahl von Petitionen an die Reichsregierung in den Jahren 1896—1900 niedergelegt. (Zusammengestellt in Arbeiterversorgung No. 18, 1901.) Nach Friedeberg (3) gipfeln diese Forderungen hauptsächlich in einer Ausdehnung der Krankenversicherung auf alle der Invalidenversicherung unterliegenden Personen, speziell auf die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter, die Heimarbeiter und das Gesinde, in obligatorischer Versicherung der Familienangehörigen, Streichung der Bestimmungen über geschlechtliche Ausschweifungen, Aufhebung der Gemeinde-Krankenversicherung, Beibehaltung der Selbstverwaltung der Krankenkassen, ärztlicher Behandlung nur durch approbierte Aerzte, Verstaatlichung der Apotheken. Die Regelung der freien Aerztewahl wollen die Krankenkassen nicht durch Gesetz bestimmt, sondern den einzelnen Kassen überlassen wissen.

Die Forderungen der Aerzte bei den Revisionen des K.V.G. ergeben sich aus den Beschlüssen des 27. Aerztetages 1899 in Dresden und 30. Aerztetages 1902 in Königsberg, deren Wortlaut wir an anderer Stelle bringen (s. S. 163 und 164). Die Hauptforderungen der Aerzte sind folgende (4 und 5):

1) Gesetzliche Einführung der freien Wahl unter allen den Aerzten, die im Bezirke der Krankenkassen tätig sind und sich auf die vereinbarten Bedingungen verpflichtet haben.

2) Errichtung gemeinschaftlicher Kommissionen zur Vereinbarung der gegenseitigen Leistungen zwischen Aerzten und Krankenkassen, zu gleichen Teilen aus Aerzten des Bezirkes und Delegierten der Krankenkasse gebildet.

3) Zugrundelegen der staatlichen Taxe bei den Honorarbestimmungen.

4) Personen mit Gesamteinkommen über 2000 M. dürfen weder Kassenmitglieder werden noch bleiben.

5) Zur Behandlung erkrankter Mitglieder und Bescheinigung der Erwerbsunfähigkeit sind nur in Deutschland approbierte Aerzte berechtigt.

6) Streichung der Bestimmungen der §§ 6a und 26a über die sogenannten selbstverschuldeten Krankheiten.

7) Zur Beratung der Abänderungen des K.V.G. sollen Vertreter der deutschen Aerzteschaft, welche von dieser gewählt werden, hinzugezogen werden.

Von den vielen Vorschlägen, die aus privaten Kreisen für die Revision des K.V.G. gemacht worden sind, seien einige der bemerkenswertesten oder solche, die zur Diskussion angeregt haben, hier erwähnt.

Schon im Jahre 1898 hatte Dr. med. LANDMANN eine Broschüre erscheinen lassen unter dem Titel „Die Lösung der Kassenarztfrage". Darin werden folgende Forderungen aufgestellt (6):

1) Die Aerzte müssen ausreichend beschäftigt sein. Für je 3000 Mitglieder ist ein Arzt auch mit Familienbehandlung, also für 6000 Köpfe, nach LANDMANNS Rechnung völlig ausreichend.

2) Das Konkurrenzverhältnis der Aerzte muß fallen.

3) Die Aerzte müssen nach allen Seiten materiell unabhängig, mit Jahresgehalt, Urlaubsberechtigung und eventuell Dienstalterszulagen angestellt werden, aber

4) mit Ausschluß der Privatpraxis.

5) Die Kasse gibt dem Arzt Gelegenheit, sein „Fachwissen namentlich im Hinblick auf die Eigenart der kassenärztlichen Tätigkeit und die besonderen Aufgaben der Sozialgesetzgebung zu vervollkommnen".

6) Sie muß „den Arzt dem Arbeiter menschlich näher bringen" und

7) auf Erziehung der Kassenmitglieder zu vernunftgemäßen Anschauungen über Krankheitsfragen u. s. w. Bedacht nehmen, ferner

8) auf Zentralisation der ärztlichen Betriebe hinwirken.

Hiernach soll also der Arzt ein von den Kassen durchaus abhängiger Beamter sein. Es braucht nicht gesagt zu werden, daß die gesamte Aerzteschaft sich diesen Vorschlägen ablehnend gegenüber verhalten hat. Vereinzelte Kassen haben nach obigem Rezept Aerzte angestellt. Die Erfahrungen, die mit diesem System gemacht sind, haben verhindert, das dasselbe viele Nachahmer gefunden hat.

MUGDAN (K.V.G., p. 59) schlägt vor, da in allen größeren Bundesstaaten staatlich anerkannte ärztliche Standesvertretungen bestehen und in den wenigen kleinen Staaten, wo sie nicht bestehen, leicht eingerichtet werden können, die Instruktionen und Gebürenordnungen für die Kassenärzte einer Vereinbarung zwischen diesen Vertretungen und Vertretern sämtlicher Krankenkassen des Bezirkes einer Aufsichtsbehörde zu überlassen; die letzteren könnten in derselben Weise gewählt werden, wie es jetzt bei der Invalidenversicherung stattfindet (§§ 61—63 I.V.G.).

Hiergegen wird geltend gemacht, daß MUGDANS Vorschläge den Koalitionszwang für die Aerzte voraussetzen, der nach § 152 der Gewerbeordnung verboten ist und sogar bestraft wird.

LANDSBERGER (Aerztl. V.Bl. 1900, p. 260) veröffentlicht einen Entwurf, der zwischen Mitgliedern des Geschäftsausschusses des Deutschen Aerztevereinsbundes und Reichstagsmitgliedern vereinbart worden.

Danach sollen die Bedingungen für die ärztliche Behandlung und Bezahlung von einer am Sitz der unteren Verwaltungsbehörde für deren Bezirk gebildeten Kommission festgestellt werden. Die Kommission besteht aus dem Vertreter der unteren Verwaltungsbehörde, Vertretern der Arbeitgeber und Versicherten, und approbierten Aerzten, die von der staatlichen Aerztevertretung zu bestimmen sind.

MEYERSON (Aerztl. V.Bl. 1901, p. 361 und 409) schlägt außer gesetzlicher Einführung der freien Arztwahl und Bezahlung nach den Mindestsätzen der Taxe vor, daß keine reichsgesetzliche Krankenkasse unter 50 Mitglieder haben dürfe. Ferner soll jeder Patient einen kleinen Beitrag an die Kasse zahlen, der erwerbsfähige in barem Geld, der erwerbsunfähige, indem ihm der Betrag vom Krankengeld gekürzt wird.

HAHN (Arb.-Vers. 1900, No. 21) definiert die ärztliche Behandlung als Behandlung durch einen Arzt im Sinne § 29 der Gewerbeordnung, einschließlich der Dienste solcher Personen, die der Arzt zu seiner Unterstützung heranzieht. Der ärztlichen Behandlung ist die Hilfe anderer Personen nur dann gleich zu achten, wenn diese Hülfe entweder vom Arzte angeordnet oder wenn in dringenden Fällen die rechtzeitige Anrufung des Arztes nicht angängig und die Zuziehung der anderen Personen sachgemäß war.

BONNE (Vorschläge zur Vereinfachung und zum Ausbau unserer Arbeiterversicherungen, Dresden 1896) befürwortet die Gründung einer Reichskrankenkasse, die alle verschiedenen Kassenarten in sich aufnehmen soll. Jeder Arzt wird gegen die gesetzlich festzusetzenden Krankenkassenhonorare der gegebene Arzt der Kasse. Orts- und Gemeindekrankenkassen gehen ganz in der Reichskrankenkasse auf, die übrigen Kassen nur insoweit, als sie von den Beiträgen ihrer Mitglieder soviel abtreten müssen, als zur Deckung der Kurkosten und eines Minimalkrankengeldes von Seiten der Reichskrankenkasse nötig ist.

M. SUSSMANN (Zur Reform des Krankenkassenwesens, Im Selbstverlage, Wriezen 1902) empfiehlt die Einführung einer Versicherung gegen Krankheit nach dem Prinzip der Lebensversicherung, d. h. so, daß der eingezahlte Betrag nach einer bestimmten Reihe von Jahren, sei es ganz, wenn der Versicherte während dieser Zeit gesund geblieben ist, oder sei es nur zum Teil, soweit der Fonds nicht für Krankheitszwecke aufgebraucht worden ist, zur freien Verfügung des Inhabers zurückgezahlt wird. Das System repräsentiert somit eine Zwangssparkasse, für die nach Ansicht SUSSMANNS auch die Arbeiter einer Erhöhung der Beiträge zustimmen würden.

Assessor Dr. FRITZ WEBER (Der Tag, 1902, No. 239) befürwortet, daß das neue K.V.G. die Aufstellung amtlicher Aerzte für die Ausstellung von Gutachten anordne, über Art und Umfang der Gutachten Bestimmungen und anschließend hieran Normen über die Höhe der Gebühren aufstelle, wie es für die gerichtlichen Sachverständigen geschehen ist. W. ist ferner bei der Krankenbehandlung für freie Aerztewahl, will aber die kassenärztliche Tätigkeit in Gutachtenabgabe und Krankenbehandlung getrennt wissen.

Dr. HENNICKE (Ibid. 1902, No. 289) schlägt die Gewährung eines Pauschale an die Versicherten vor, die dann selbst den Arzt ihrer Wahl zu honorieren hätten. Hierdurch würden die

direkten Beziehungen zwischen Aerzten und Krankenkassen aufgehoben sein[1]).

Am radikalsten geht Dr. LÜTH (Ibid. 1902, No. 377) vor, der das ganze Aerztewesen verstaatlichen will. Veranlaßt wurde dieser Vorschlag wohl durch den Vorgang einer Anzahl jüngerer Aerzte in Holland, die aus der dortigen „Maatschappij von Geneeskunde“ ausgeschieden sind, um einen Verein zur Verstaatlichung des Aerztewesens zu begründen. Uebrigens haben wir auch hierfür im Kleinen schon ein Vorbild in Deutschland gehabt. Im ehemaligen Herzogtum Nassau waren nämlich die Aerzte mit wenigen Ausnahmen besoldete Staatsdiener, die unter sich nach Rang und Besoldung, wie jede andere Beamtenkategorie, rangierten, nur einen Teil ihres Gehaltes baar ausgezahlt erhielten, während sie bezüglich des Restes auf Privatpraxis angewiesen waren, und denen die Gebühren für medizinische Dienstleistungen vorgeschrieben waren (Aerztl. V.-Bl., 1901, S. 14).

ZEPLER (Med. Ref., 1902, No. 51/52) verlangt die Errichtung von Krankenkassen für Prostituierte.

Daß von allen diesen Vorschlägen und Wünschen die neue Krankenkassennovelle wenig oder nichts enthielt, ist nicht zu verwundern, wenn an die Worte erinnert wird, die der Staatssekretär des Innern Graf v. POSADOWSKY in der 124. Reichstagssitzung am 22. Januar 1902 dem Abg. HITZE erwiderte:

„Es knüpfen sich an die Krankenkassennovelle viel mehr Streitpunkte, als ich selbst vorausgesehen habe. Mein Bestreben muß deshalb dahin gehen, die Novelle, die dem hohen Hause vorgelegt werden soll, so wenig wie möglich mit Nebenfragen zu belasten und so einfach wie möglich zu gestalten“ ... (Arb. Vers., 1902, S. 275).

Die Novelle enthielt außer der erwähnten Ausdehnung der Unterstützungsdauer von 13 auf 26 Wochen hauptsächlich die Erhöhung der Unterstützungsdauer nach einer Entbindung auf sechs Wochen und den Fortfall der Vorschriften, welche die Gewährung einer Krankenunterstützung bei Geschlechtskrankheiten bisher ausschlossen oder beschränkten. Der Reichstag hat diesen Punkten zugestimmt und außerdem noch die Versicherungspflicht auf die Handlungsgehilfen und Lehrlinge ausgedehnt. Alle sonstigen Veränderungen sind von keiner weittragenden Bedeutung.

Literatur zum Anhang B des III. Kapitels.

1) *Aerztliches Vereinsblatt, 1899, S. 361.*
2) ***H. v. Frankenberg,*** *Zeitschr. f. Sozialwissensch., Berlin 1901, 4. Jahrg., S. 118.*
3) ***Friedeberg*** *auf dem Kongreß der Kk. im Bereich der Landesversicherungs-Anstalt Hannover, 19.—20. Mai 1902. Arbeiter-Versorg., 1902, No. 21, S. 444.*
4) *Aerztliches Vereinsblatt, 1899, S. 175.*
5) *Dasselbe, 1902. S. 331.*
6) *Dasselbe, 1898, S. 174.*

1) Einen ähnlichen Vorschlag machte TÜRKHEIM (Aerztl. V.-Bl., 1894, S. 462), der den Kranken nur Medizin und Krankengeld gewähren will. — KRUG (Aerzt. V.-Bl., 1903, S. 88) befürwortet die Bezahlung pro Krankheitstag mit 50 Pf.

IV. Kapitel.

Die Stellung des Arztes in der Krankenversicherung.

Das K.V.G. spricht vom Arzte und seiner Tätigkeit an folgenden Stellen:

Als Krankenunterstützung ist vom Beginn der Krankheit ab freie ärztliche Behandlung zu gewähren (§ 6, 1).

Dieselbe kann bei den Krankenkassen mit Ausnahme der G.K.V. bis zu einem Jahre, sowie auch auf Familienangehörige ausgedehnt werden (§ 21, 1, 2, 5).

Bei Nichtversicherungspflichtigen, aber Versicherungsberechtigten kann der Beitritt von einer ärztlichen Untersuchung abhängig gemacht werden (§§ 4 Absatz 3; 19 Absatz 3; 63 Absatz 2).

Die ärztliche Behandlung kann durch bestimmte Aerzte gewährt und die Inanspruchnahme anderer Aerzte, von dringenden Fällen abgesehen, abgelehnt werden (§§ 6a, 6; 26a, 26).

Mitgliedern einer eingeschriebenen Hilfskasse, welche zugleich der G.K.V. oder einer auf Grund des K.V.G. errichteten Krankenkasse angehören, kann an Stelle der freien ärztlichen Behandlung und Arznei eine Erhöhung des Krankengeldes um ein Viertel des Betrages des ortsüblichen Tagelohnes ihres Beschäftigungsortes gewährt werden (§ 75 Absatz 3).

Auf Antrag von mindestens 30 beteiligten Versicherten kann die höhere Verwaltungsbehörde unter bestimmten Voraussetzungen die Anstellung weiterer Aerzte verfügen (§ 56a Absatz 1).

Zuwiderhandlungen gegen die Anordnungen des behandelnden Arztes können mit Ordnungsstrafen bis zu 20 Mark bestraft werden (§§ 6a Absatz 2; 26a, 2a).

Verbände von G.K.V. oder Ortskrankenkassen können gemeinsame Verträge mit Aerzten abschließen (§ 46, 2).

Aus den angeführten Stellen ist ersichtlich, daß die deutsche K.V. wesentlich auf die Mitarbeit der Aerzte angewiesen ist. Daß bei der Durchführung der K.V. der Wert des ärztlichen Standes für das öffentliche Wohl auch an maßgebender Stelle anerkannt wird, geht deutlich aus den Worten hervor, welche auf dem 6. internationalen Arbeiterversicherungskongreß in Düsseldorf der frühere Präsident des Reichsversicherungsamtes, Geheimrat Bödiker, den Aerzten widmete (Aerztl. Sachverst.-Zeitung, 1902, No. 14):

„Unter den Faktoren der Arbeiterversicherung bilden einen der wichtigsten die Aerzte.

Nicht nur ist die Milliarde, die seit 1885 für Heilzwecke aller Art von den Versicherungsorganen aufgewandt wurde, wesentlich durch ihre Hand gegangen oder wenigstens auf ihre Anweisung verausgabt, als Gutachter haben sie auch einen maßgeblichen Einfluß auf die Höhe der Rente, als behandelnde Aerzte auf die geringere oder größere Dauer der Erwerbsunfähigkeit, also auf die Verminderung oder Vermehrung der zu tragenden Lasten.

Es ist auf diese Weise der ärztliche Stand in den Mittelpunkt der ganzen Versicherungsorganisation gerückt, das Gebiet seiner Aufgaben wesentlich erweitert, sein Einfluß gestärkt, sein Einkommen, was ihm sehr zu gönnen ist, vermehrt. Daß früher nicht die Hälfte der jetzt ärztlich behandelten Fälle in den Arbeiterfamilien zur ärztlichen Kognition kam, dürfte keinem Zweifel unterliegen: daß infolgedessen die Sterblichkeit größer, dauernde oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verbreiteter, die Honorierung der Aerzte eine ungleich unzulänglichere war, ist ebenso gewiß.

Nun ist es aber für die Allgemeinheit nicht nur von wirtschaftlicher Bedeutung, daß der Arbeiter möglichst gesund und leistungsfähig erhalten wird, sondern die möglichste Entfaltung und Entwickelung der ärztlichen Tätigkeit an sich, der Verkehr der Aerzte in den Arbeiterfamilien, die Anerkennung ihres besonderen Wertes als Mitbestimmer der Höhe der Rente, der Durchbruch des Grundsatzes auch für sie, „daß der Arbeiter seines Lohnes wert ist", liegt im allgemeinen öffentlichen, wirtschaftlichen wie politischen Interesse. Die Arbeiterversicherung hat hierzu wesentlich beigetragen; und der ärztliche Stand hat sein bestes getan, die ihm gewordenen neuen Aufgaben zu erfüllen.

Dazu kommt als fernerer, im letzten Effekt auch wirtschaftlich wertvoller Erfolg die Vertiefung der medizinischen Wissenschaft durch eingehende Behandlung, Begutachtung und Oberbegutachtung schwieriger Fälle, die sich früher in der Menge verloren, oder überhaupt nicht zur ärztlichen Kenntnis gelangten. Das Reichsversicherungsamt veröffentlicht seit lange diese Obergutachten, unter denen sich solche von Universitätsfakultäten von hohem, wissenschaftlichem Werte befinden.

Daß sich an jene reguläre ärztliche Behandlung die Errichtung mustergültiger Heilanstalten auf Kosten der Versicherungsorgane geschlossen hat, in denen z. B. die Behandlung mit Röntgenstrahlen am ersten in großem Maßstab betrieben wurde („Bergmannsheil" in Bochum), und daß private medikomechanische und orthopädische Anstalten entstanden, die zu Nutz und Frommen der Allgemeinheit ihre Existenz fanden, weil die Berufsgenossenschaften ihre Verletzten ihnen zuführten, möge nur noch nebenher berührt werden."

Mit dieser hohen, man kann wohl sagen idealen Auffassung von der Stellung des Arztes in der K.V. steht seine praktische oder materielle Bewertung nun allerdings im Widerspruch. Wir werden uns zunächst mit dieser zu beschäftigen haben, da für viele Aerzte die Höhe des Gehalts mit der Bewertung ihrer Stellung in direktem Zusammenhang steht.

Zunächst einige Tabellen, aus denen man bis vor kurzem gewohnt war, die Bezahlung der Aerzte abzuleiten.

Nach der Reichsstatistik, Bd. 1899, betrugen die Kosten für den Arzt in häuslicher Behandlung, auf 1 Mitglied berechnet, pro Jahr:

1)	bei eingetragenen Hilfskassen	M. 3,05
2)	„ landesherrlichen Hilfskassen	„ 2,83
3)	„ Ortskrankenkassen	„ 3,15
4)	„ Innungskrankenkassen	„ 3,03
5)	„ Gemeinde-Versicherungskassen	„ 2,44
6)	„ Baukrankenkassen	„ 5,23
7)	„ Betriebskrankenkassen	„ 4,90
	Mittel:	M. 3,49

Nach dem Jahresbericht der Hamburger Behörde für das Versicherungswesen für das Jahr 1901 betrugen die gleichen Kosten:

1) bei eingetragenen Hilfskassen 2) „ landesherrlichen Hilfskassen	M. 3,09
3) „ Ortskrankenkassen	„ 3,13
4) „ Innungskrankenkassen	„ 2,06
5) „ Gemeinde-Versicherungskassen	„ 3,16
7) „ Baukrankenkassen	„ 3,81
7) „ Betriebskrankenkassen	„ 5,50
Mittel:	M. 3,46

Nach der Reichsstatistik, Bd. 1899, S. 26 entfiel auf einen Krankengeld- (resp. Krankenanstalts-)Tag für ärztliche Behandlung 1899:

1) bei eingetragenen Hilfskassen	M. 0,43
2) „ landesherrlichen Hilfskassen	„ 0,46
3) „ Ortskrankenkassen	„ 0,46
4) „ Innungskrankenkassen	„ 0,54
5) „ Gemeinde-Versicherungskassen	„ 0,55
6) „ Baukrankenkassen	„ 0,64
7) „ Betriebskrankenkassen	„ 0,66

Dieselbe Reichsstatistik berechnet für 1894:

	Auf 1 Mitglied kamen Erkrankungen	Auf 1 Konsultation entfiel an Honorar
1) bei eingetragenen Hilfskassen	0,359	M. 1,44
2) „ landesherrlichen Hilfskassen	0,314	„ 1,52
3) „ Ortskrankenkasseu	0,343	„ 1,59
4) „ Innungskrankenkassen	0,320	„ 1,58
5) „ Gemeinde-Versicherungskassen	0,255	„ 1,77
6) „ Baukrankenkassen	0,545	„ 2,15
7) „ Betriebskrankenkassen	0,393	„ 2,21
		Mittel: M. 1,74

Hiernach würde also auf je eine ärztliche Konsultation im Mittel 1,74 M. entfallen, eine Zahl, die über den Mindestsatz der preußischen Medizinaltaxe hinausgeht, Die Statistik ist jedoch, wie L. PFEIFFER (1) überzeugend nachgewiesen hat, völlig falsch, weil sie einen großen Teil der ärztlichen Leistungen gar nicht berücksichtigt. Vor allem enthält die amtliche Statistik nur die Zahl der erwerbsunfähigen Kranken und läßt die arbeitsfähigen und die Familienmitmitglieder, die bei manchen Kassen das 5—7fache der gezählten Erkrankungsfälle ausmachen, ganz fort. Die große Leipziger O.K.K. hatte z. B. 1896:

arbeitsunfähige Kranke	40 721
arbeitsfähige „	83 387
Familienangehörige	144 303

Hiervon sind in der offiziellen Reichsstatistik nur 15 Proz. (1899 nur $18^1/_2$ Proz.) enthalten. Bei derselben Kasse wurden 1899 behandelt 63 260 erwerbsunfähige Kranke, die Ausgabe für ärztliche Behandlung betrug 743 245 M., das macht pro Fall 11,75 M.; nun wurden aber außer den in der Statistik aufgeführten noch 104 604 Erwerbsfähige und 173 625 Familienangehörige ärztlich behandelt, im ganzen also 351 489 Personen, und es kommen auf jeden Kranken nur 2,11 M. In ähnlicher Weise kommen bei der Mainzer O.K.K. im Jahre 1899 statt 11,24 M. nur 2,83 M., im Jahre 1900 statt 9,30 M. nur 2,81 M. [KRUG (2), S. 23/24.]

Außer den fehlenden Erkrankungen der arbeitsfähigen Mitglieder und Familienangehörigen zählt PFEIFFER (l. c.) noch

folgende Leistungen der Aerzte auf, die in der amtlichen Statistik nicht erwähnt sind:

3) die nicht bezahlten Karenztage, Sonntage, Feiertage;

4) die Verlängerung der Unterstützungsdauer über die Mindestleistung von 13 Wochen hinaus;

5) die Ausgesteuerten, die Ueberweisungen, die nicht geschäftsordnungsmäßig zu leistenden Atteste;

6) die Kilometergelder bei Landpraxis;

7) diverse Einzelleistungen, wie Entbindungen, Operationen, eilige Besuche, Nachtbesuche, Spezialuntersuchungen, Aufnahmeuntersuchungen etc.;

8) Leistungen auf dem Gebiet der Krankenfürsorge und Krankheitsvorbeugung (Hygiene und Prophylaxis);

9) vermehrte Arbeit bei Arbeitslosigkeit.

Sehen wir uns nun im Gegensatz hierzu die von Aerzten aufgestellten Berechnungen über ihre Entlohnung bei den Krankenkassen an. Vorerst jedoch wird es nötig sein, die verschiedenen Arten der Bezahlung bei den Kassen zu besprechen.

Die Bezahlung der Kassenärzte erfolgt entweder nach der einzelnen Leistung oder durch Fixum (Pauschale) eines einzelnen Arztes oder durch ein gemeinsames Fixum (Pauschale) mehrerer bei derselben Kasse tätigen Aerzte.

Die Bezahlung der einzelnen Leistung entspricht am meisten den Wünschen der Aerzte, die als Mindestsatz die Landestaxe verlangen, findet sich aber nur bei einer geringen Zahl von Kassen, besonders auf dem Lande, eingeführt und wird in Städten besonders bei der Bezahlung von Spezialärzten verwendet. Der Satz für die Einzelleistung schwankt von 50 Pf. bis zu 2 M. für die Konsultation und entsprechend höher für den Besuch, wobei im allgemeinen angenommen wird, daß das Konsultationshonorar sich zum Besuchshonorar verhält wie 70 : 100.

In Hessen bezahlten 1900 nach Krug (2) 236 Kassen die Einzelleistung, und zwar für den Besuch 32 Kassen 50—75 Pf., 120 Kassen 76—100 Pf. und 46 Kassen nach den Minimalsätzen der Taxe oder nach ortsüblicher Taxe.

Viel häufiger und für die Kassen auch bequemer und billiger ist die Bezahlung nach Pauschalsätzen, die mit Vorliebe von den O.K.K. angewendet werden. Die einfachste Form ist die Festsetzung eines Fixums für den einzelnen Arzt, das anfangs gewöhnlich nach der Mitgliederzahl bestimmt wird, später aber selten erhöht wird, auch wenn der Mitgliederbestand und die Erkrankungsziffer größer werden.

Die gewöhnlichste Bezahlungsart ist die Pauschalbezahlung mehrerer Aerzte derselben Kasse nach bestimmten Sätzen, die sich nach der Kopfzahl der Mitglieder richten und jährlich neu aufgestellt werden. Die Sätze schwanken nach den verschiedenen Kassenarten und auch danach, ob die Familienbehandlung miteinbegriffen ist. Der deutsche Aerztetag in Eisenach 1884 hatte 2—4 M. pro Kopf und Jahr bei Unverheirateten und das Dreifache bei Mitversicherung der Familien als geringsten Normalsatz hierfür aufgestellt. Die tatsächlichen Honorare gehen oft weit unter diese Sätze herunter.

In Hessen fand Krug (2) unter 308 Kassen 16, welche nur 1—1,50 M. pro Kopf und Jahr verausgabten, 53 gaben von 1,51—2 M.,

48 gaben von 2,01—2,50 M., 119 von 2,51—3 M. und nur 31 Kassen über 3 M. Das Pauschale für Familienbehandlung schwankte 1900 in Hessen von 2—12 M. pro Kopf und Jahr.

Manche Kassen gewähren bei besonderen Leistungen Extravergütungen, so besonders bei Entbindungen, für die 15—20 M. bezahlt werden.

Komplizierter ist die gemeinsame Pauschalierung mehrerer Aerzte, die das von der Kasse ausgeworfene Honorar für ärztliche Behandlung nach Maßgabe ihrer Leistungen unter sich zu verteilen haben. Man unterscheidet hierbei besonders zwei Systeme der Verteilung: das Bonsystem und das Pointsystem (3).

Bei dem Bonsystem befindet sich an den Krankenscheinen ein abreißbarer Coupon: der Bon. Diesen übergibt der Kranke dem Arzt bei der ersten Konsultation. Dieser Bon hat, je nach den verschiedenen Kassen, eine Gültigkeit von 1 Woche bis zu 1 Vierteljahr. Wie oft der Arzt den Kranken behandelt, ist gleichgültig. Er erhält am Ende jeden Quartals die auf den Bon entfallende Honorarsumme ausgezahlt. Letztere wird dadurch festgestellt, daß die Anzahl der eingesandten Bons in das von den Kassen gezahlte Gesamthonorar (nach Abzug etwaiger Verwaltungsunkosten) dividiert wird. Stehen z. B. 10000 M. zur Verfügung und beträgt die Anzahl der Bons 3800, die Verwaltungskosten 500 M., so ist jeder Bon 2,50 M. wert.

Das Pointsystem ist eine Bezahlung der Einzelleistung, die aber hierbei nicht in Geld sondern in Points bewertet wird. Man nimmt gewöhnlich den Sprechstundenbesuch als Einheit an und rechnet dafür 1 Point; der Besuch im Hause wird dann als 2 oder 3 Points berechnet, chirurgische und ähnliche Leistungen als 2—8 Points etc. Am Schlusse jedes Quartals berechnet jeder Arzt die von ihm gewährten ärztlichen Leistungen in Points und sendet seine Liquidation der Kasse oder der Zentralstelle (bei Kassen mit freier Aerztewahl) ein. Hier wird dann die Gesamtsumme aller Points in das von der Kasse ausgeworfene ärztliche Honorar geteilt, hierdurch der Wert der Einheit festgesetzt und danach das Honorar an die einzelnen Aerzte nach Maßgabe ihrer Liquidation verteilt. Stehen z. B. wieder 10000 M. zur Verfügung, und die Zahl der liquidierten Points beträgt 12500, die Verwaltungskosten 500 M., so ist der Wert jedes Points 76 Pf. — Bei dem Verein freigewählter Kassenärzte in Berlin, wo 3 M. pro Kopf und Jahr bezahlt werden, stellte sich der Wert des Points durchschnittlich auf 38 Pf.; bei der Hamburger Dienstbotenkrankenkasse, die ca. 29000 Mitglieder enthält und 48000 M. jährlich ärztliches Honorar unter (1900) 40 Aerzte verteilt, schwankt der Point zwischen 26 und 50 Pf., und betrug auch nur 41,68 Pf. im Durchschnitt.

Von sonstigen Arten der Bezahlung erwähnen wir noch die Honorierung nach jedem Krankheitsfall. Hier gewährt jede Krankheit eigentlich einen Bon, der am Ende eines jeden Quartals von der Kasse honoriert wird. Gewährt werden in der Regel 3—5 M. pro Krankheitsfall.

Dies System ist sehr bequem für den Arzt und die Kasse, setzt aber eine genaue Kontrolle der sich krank meldenden Mitglieder voraus und eignet sich deshalb für Kassen mit Familienversicherung nicht.

Außer den genannten Systemen kommen noch verschiedene Arten der Bezahlung vor, wie nach Prozenten zur Gesamteinnahme der Kassen

nach Prozentsatz zu den Krankengeldern etc., die aber keine praktische Bedeutung erlangt haben. Als Kuriosum erwähnen wir die Art einer sächsischen Zementfabrik, die für je 100 verkaufte Zentner Zement dem Arzt 5 M. bezahlt (Denkschrift, 4, p. VII).

Sehen wir uns nun die Summen an, welche die Aerzte wirklich für ihre Leistungen erhalten, so müssen dieselben vielfach als viel zu niedrig bezeichnet werden, wie man ja auch von einer „Dienstmannstaxe" gesprochen hat. Wir sind bei diesen Angaben natürlich nur auf die Angaben der Aerzte angewiesen, da die offizielle Statistik, wie erwähnt, absolut nicht zu brauchen ist. Es sind in den letzten Jahren vielfach von ärztlichen Standesvertretungen, Aerztekammern, Vereinen etc. Enqueten veranstaltet worden, um über diesen Punkt Aufklärung zu erhalten. Die letzte Statistik dieser Art im größeren Stil ist vom deutschen Aerztevereinsbund im Jahre 1902 zusammengestellt, der bei sämtlichen Vereinen eine Umfrage über die Entlohnung der Aerzte an den Krankenkassen veranstaltet hat. Das Resultat der Umfrage ist in der an Bundesrat und Reichstag gerichteten Denkschrift (4) niedergelegt.

Krug hat für Hessen eine wertvolle Zusammenstellung für 1899 und 1900 gemacht (2). Für Augsburg besitzen wir eine wertvolle Statistik vom Aerztlichen Lokalverein Augsburg (Augsburg 1901), die von Lindemann herrührt. Ueber die Krankenkassen Schleswig-Holsteins hat die dortige Aerztekammer im Jahre 1902 einen Bericht verfaßt (Kiel 1902). Außerdem gibt es noch eine große Zahl kleinerer Statistiken, von denen die aus dem Thüringer Land (cf. die Korrespondenz-Blätter des Allgemeinen ärztlichen Vereines von Thüringen) sich durch Sorgfalt und Objektivität auszeichnen.

Wir wollen an dieser Stelle nur einige besonders bemerkenswerte Angaben aus den erwähnten Arbeiten von Krug, dem Bericht der schleswig-holsteinischen Aerztekammer und der Denkschrift des Aerztevereinsbundes hervorheben, die genügen werden, um sich ein Bild von der Entlohnung der Kassenärzte zu machen.

In Hessen war der Betrag bei Kassen mit Fixum oder Pauschale, berechnet auf die Einzelleistung, sehr verschieden. Bei 19 Kassen betrug er höchstens 25 Pf., bei anderen herab bis zu 14 und 12 Pf., letztere Beträge bei Kassen, die für 2 M. Pauschale Familienbehandlung bis auf die Dauer eines Jahres gewähren. Bei 46 Kassen schwankt der Point zwischen 26 und 50 Pf., erhebt sich bei 64 über 50 bis zu 75 Pf., bei 43 über 76 bis 100 Pf. und überschreitet bei 28 Kassen 1 M. Bei 4 Kassen erreicht der Point die Minimalsätze der Taxe (2).

In Altona betrug (1901) bei einer Zahlung von 2 M. pro Kopf und Jahr, einerlei ob verheiratet oder nicht, die Konsultation 20—35 Pf., der Besuch 50—80 Pf., in Oldenburg 20—30 Pf. für die Einzelleistung, in Kappeln 30 Pf. In Kiel kamen bei einer mit Fixum zahlenden Kasse 20—50 Proz. der Minimaltaxe heraus, in Eidelstedt 50 Pf. für die Einzelleistung bei 3—4 M. pro Kopf und Jahr. Wilster hat bei 3 M. jährlich 40—50 Pf., Kellinghusen bei 4 M. jährlich 45—80 Pf., Stormarn berechnet 50 Pf. Konsultation, 60 Pf. Besuch. Lauenburg kommt bei einer Fixum zahlenden Kasse auf 1 M., resp. 1,50 M. Lütjenburg meldet 80 Pf., resp. 1 M. bei einer nur 2 M. pro Kopf und Jahr zahlenden Kasse. Bei den die Einzelleistung nach ortsüblicher oder Minimaltaxe zahlenden Kassen müssen sich die Aerzte oft bedeutende Abzüge gefallen lassen, so in Apenrade 20 Proz., in

Eckernförde 10—25 Proz., in Flensburg sogar 40 Proz. Diese Angaben beziehen sich auf Gemeinde-Krankenversicherungen und O.K.K. Bei den eingeschriebenen Hilfskassen betrug der Durchschnitt 45 Pf. für die Konsultation und 73 Pf. für den Besuch. (Aus dem oben erwähnten Bericht der schlesw.-holst. Aerztekammer.)

Nach der Denkschrift des Ae.V.B. schwankte bei Bezahlung mit Pauschale das Honorar für die Einzelleistung von 10 Pf. (Leutkirch, Württemberg) bis zu 1 M. 50 Pf. (Mecklenburg), bewegte sich aber meist in den Grenzen 30—50 Pf. In Berlin zahlten die Kassen mit festangestellten Aerzten durchschnittlich 30—60 Pf. für die Einzelleistung, die Kassen mit freier Aerztewahl 36 Pf. pro Konsultation, 72 Pf. pro Besuch. Bei der Familienbehandlung schwankte bei Pauschalebezahlung (die von 1 M. in Oels bis zu 12 M. in Nürnberg ging) der Durchschnitt der Einzelleistung von 30 Pf. bis zu 1,50 M., bei Bezahlung nach Fixa dagegen von 10 Pf. (Breslau-Land) bis zu 80 Pf. (Augsburg).

In Hamburg stellen sich im ganzen die Honorarverhältnisse etwas günstiger. Im Jahre 1901 betrugen die Gesamtausgaben für ärztliche Behandlung nach dem Bericht der Behörde für das Versicherungswesen 1 111 552,62 M. Die auf 1 Mitglied entfallenden Durchschnittskosten sind bereits oben (S. 65) angegeben. Nach einem von der Hamburger Aerztekammer im Jahre 1898 veranlaßten und von Thost verfaßten Bericht wurde für die Einzelleistung bezahlt für den Besuch von 50 Pf. bis 3 M., für Konsultationen 20 Pf. bis 2 M., für geburtshilfliche Leistungen von 9—25 M. Jahrespauschale pro Kopf wurden für unverheiratete Mitglieder bezahlt mit 1—4 M., für verheiratete 1—10 M., für besondere Leistungen 10—30 M. Danach stellte sich Besuch und Konsultation etwa auf 50 Pf. bis 2 M., bezw. 20 Pf. bis 1 M. Bei der Bezahlung nach Fixa stellte sich der Besuch auf 1—4 M., die Konsultation auf 30 Pf. bis 2 M.

Einige größere Kassen Hamburgs bezahlen den Krankheitsfall, so die Gemeinde-Krankenversicherung und die Betriebskasse der Sektion für Strom- und Hafenbau, und zwar 5 M. für jede neue Erkrankung, beide Kassen ohne Familienbehandlung. (Jaffé, Die Krankenkassen in Hamburg, Aerztliches Vereinsblatt 1898, No. 387.)

Aus allen diesen Ausführungen ist ersichtlich, daß die finanzielle Stellung der Aerzte in der Krankenversicherung auf einem recht niedrigen Niveau steht. Man hat gegen die Berechnung des Honorars nach Einzelleistungen eingewendet, daß dies nicht angängig sei, da es sich um fest angestellte Personen handle, die, ähnlich wie Krankenhausärzte, Pastoren, Lehrer u. a., ein festes Gehalt beziehen und dafür eine bestimmte Tätigkeit auszuüben hätten, die nicht in einzelne Leistungen zerlegt werden dürfe. Man vergißt aber bei diesem Vergleich, daß Kassenärzte keine Beamte mit Pensionsberechtigung, wie die angeführten Kategorien, sind, sondern jederzeit ihre Stelle durch Kündigung wieder verlieren können. Nur in Oesterreich (cf. S. 188) soll es Kassen mit einem Pensionfonds für Aerzte geben. Will man also die deutschen Kassenärzte in finanzieller Beziehung als Beamte behandeln, so möge man ihnen auch deren übrige Qualifikationen verleihen, wozu ich Anstellung auf Lebenszeit, Pensionsberechtigung nach Ablauf einer bestimmten Dienstzeit u. a. rechne. Bis dahin ist das Verhältnis zwischen den Vorständen und Aerzten nichts weiter als ein Vertrag, wie der zwischen jedem Privatmann und seinem Arzt, bei dem letzterer

die Höhe der Bezahlung jeder Einzelleistung seiner Berechnung zu Grunde legen darf.

Wir kommen nunmehr zur rechtlichen Stellung des Arztes in der Krankenversicherung.

Man sollte a priori annehmen, daß zur Behandlung erkrankter Kassenmitglieder nur in Deutschland approbierte Aerzte zugelassen würden, und daß unter „ärztlicher Behandlung" im Sinne des § 6 Absatz 1 des K.V.G. nur eine Behandlung durch einen derartigen Arzt zu verstehen sei. Die gesetzgebenden Faktoren haben dies leider nicht allgemein anerkannt. Die Streitfrage ging von Sachsen aus, wo in den 80er Jahren mehrere Kassen auch Nichtärzte zur Behandlnng von Kassenmitgliedern zugelassen hatten. Auf erhobene Beschwerde der sächsischen Bezirksvereine wurden letztere in allen Instanzen abgewiesen. Auch das Kgl. sächsische Ministerium des Innern stellte sich auf den Standpunkt, daß zwar die Kassenmitglieder berechtigt sind, die Behandlung durch approbierte Aerzte zu verlangen, und die Kasse verpflichtet, diese Hilfe zu gewähren, daß dagegen, wenn das Kassenmitglied unter Zustimmung des Vorstandes oder der Verwaltung die Hilfeleistung einer anderen Person wünscht, im Mangel eines gesetzlichen Verbotes der Berücksichtigung eines solchen Wunsches nichts entgegensteht (MUGDAN, 3, S. 32). Diesen Standpunkt hielt das Ministerium fest trotz gegenteiliger Petitionen des Chemnitzer Aerztevereins, des deutschen Aerztetages 1886 und des Kgl. sächsischen Landesmedizinalkollegiums. Im Jahre 1891 wurden folgende sächsische Ortskrankenkassen namhaft gemacht, die Naturheilkundige zur Behandlung zuließen: Chemnitz, Zschopau, Werdau, Meerane, Netschkau, Mittweida, Burgstädt, Geringswalde, Kirchberg, Neustädtel, Markersdorf, Ernstthal, Burkersdorf und Glauchau.

Bei der Beratung der Novelle zum K.V.G. 1892 wurde ein Antrag: „Als ärztliche Behandlung im Sinne dieses Gesetzes gilt nur diejenige, welche seitens eines in Gemäßheit des § 29 der Reichsgewerbeordnung approbierten Arztes erfolgt", abgelehnt, ebenso derselbe Antrag mit einem Zusatz von VIRCHOW, daß in Fällen dringender Gefahr, wo ein approbierter Arzt nicht zu erreichen sei, die Hilfe auch anderer Personen angerufen werden könne; auch ein Antrag v. D. SCHULENBURG, der verlangte, daß die Hilfe von Nichtärzten, soweit es sich nicht um Hilfeleistungen untergeordneter Art handelte, nur dann bezahlt werden dürfte, wenn diese Hilfe in dringenden Fällen habe angerufen werden müssen oder von einem Arzte angeordnet worden sei, fiel mit 105 gegen 104 Stimmen. Man begnügte sich damit, den Wortlaut des Gesetzes wie bisher eng zu fassen und es der Praxis zu überlassen, wieweit sie über den Rahmen der eigentlichen „ärztlichen" Behandlung hinaus gehen wollte.

Diese halbe Maßregel der Gesetzgebung hat sich, wie FRANKENBERG (5) richtig bemerkt, im verflossenen Jahrzehnt bitter gerächt, und allmählich ist man bei den Regierungen sowohl wie bei den Kassen zur Einsicht gekommen, daß hier ein Fehler begangen worden ist. Wir haben schon im vorigen Kapitel hervorgehoben, daß bei der Umfrage des preußischen Handelsministers vom Mai 1900 die Frage, ob unter „ärztlicher Behandlung" nur eine solche durch approbierte Aerzte zu gelten habe, allseitig bejaht wurde. Auch das sächsische Ministerium hat durch einen Erlaß vom 24. März 1892 (Arbeiterversorgung, Bd. 9, S. 546) anerkannt, daß Atteste von Naturheil-

kundigen für die Krankenkassen nicht bindend seien und daß die Ausübung autoritärer Befugnisse überhaupt den approbierten Aerzten vorzubehalten sei (Erlaß vom 25. März 1893, ebenda Bd. 10, S. 239). Ebenso sprechen sich alle maßgebenden Kommentatoren des K.V.G., wie WOEDTKE, ROSIN, HAHN u. a., in dem Sinne aus, daß „ärztliche Behandlung" grundsätzlich Behandlung durch einen approbierten Arzt bedeutet. Daß hiervon Ausnahmen zulässig sein können, ist eine Lücke des Gesetzes, die verschwinden muß. Jetzt haben wir, wie MUGDAN (3, S. 35) richtig hervorhebt, 3 Arten von Kassen:

1) solche, die mit der Behandlung nur approbierte Aerzte betrauen und die Hilfeleistung anderer Personen nur in dringenden Fällen oder auf Anordnung des Arztes bezahlen,

2) solche, die dem Kassenmitgliede auch die Behandlung durch einen Naturheilkundigen (Kurpfuscher) gestatten, aber Krankengeld nur auf Anordnung eines Arztes bezahlen,

3) solche, die in ihren Statuten die Wahl zwischen Aerzten und Kurpfuschern frei lassen und auch auf Zeugnis eines Kurpfuschers Krankengeld gewähren.

Dieser unnatürliche Zustand muß aufhören, und bei den übereinstimmenden Anschauungen, die neuerdings zwischen den Regierungen und Vertretern der Kassen in diesem Punkte herrschen, darf man hoffen, daß in Zukunft die ärztliche Behandlung im „ärztlichen" Sinne gesetzlich festgelegt werden wird. Annehmbar ist der Vorschlag von HAHN, die Fälle aufzuzählen, in welchen auch die anderweitige Hilfe zugelassen wird, und den wir im vorigen Kapitel abgedruckt haben (S. 61). Die von einigen Kassen erhobenen Bedenken, daß bei der strikten Innehaltung des § 29 der R.G.O. weibliche Aerzte nicht genügend vorhanden seien, da letztere meist im Ausland approbiert seien, werden mehr und mehr schwinden, je mehr auch in Deutschland weibliche Aerzte die Approbation erlangen. Jedenfalls liegt kein Grund vor, zu Gunsten der weiblichen Aerzte Ausnahmen zu machen. Interessant ist übrigens eine Entscheidung der Fürstlich reußischen Regierung aus dem Jahre 1890, welche die Anstellung nicht approbierter Aerzte an den Krankenkassen untersagt (Aerztl. Vereinsbl., 1890, S. 100). Die Anstellung weiblicher, nicht in Deutschland approbierter Aerzte wurde übrigens vom Berliner Polizeipräsidium und, auf erhobene Beschwerde beim Handelsminister, auch vom Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg direkt verboten [1]).

Daß trotz dieser von den maßgebendsten Stellen ausgehenden Erlassen an verschiedenen Kassen Kurpfuscher praktizieren und sogar angestellt sind, dafür liefert die Kasuistik der gerichtlichen Bestrafungen von Kurpfuschern jahraus jahrein stets neue Belege. Ein Beispiel aus jüngster Zeit bildet die Verurteilung eines Kurpfuschers (Rasierer, Heilgehilfe) in Sulzfeld (Baden), der wegen fahrlässiger Körperverletzung unter Vernachlässigung der Berufspflichten von der Strafkammer des Landgerichts zu Heidelberg in eine Geldstrafe von 50 M. verurteilt wurde, aber trotzdem in seiner Stellung als Angestellter der Ortskrankenkasse der Gemeinde Sulzfeld für Behandlung der Kassenmitglieder verblieb. Auch die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse hat

1) Dagegen erklärte sowohl das sächsische Ministerium des Innern, wie das preußische Oberverwaltungsgericht, daß auf das Zeugnis eines Naturheilkundigen hin Krankengeld zu zahlen sei (Aerztl. Vereinsbl., 1899, S. 33 und 85).

sich zu einem Einschreiten nicht veranlaßt gesehen (Aerztl. Vereinsbl., 1902, S. 229). Die Oldenburger allgemeine Ortskrankenkasse hat seit 1899 an Stelle der allopathischen Aerzte 5 Aerzte angestellt, die zur SCHÜSSLERschen „Biochemie" übergetreten sind, welche von dem bekannten Dr. LANDMANN neben der Homöopathie und dem arzneilosen Heilverfahren als besonders geeignet für Krankenkassen empfohlen wird (ebenda 1902, S. 123). Ist dies Verfahren auch nicht direkt gesetzwidrig, so entspricht es doch kaum den Intentionen des Gesetzgebers.

Wir schließen diesen Abschnitt mit den Worten von THIERSCH (6), die noch heute zu Recht bestehen:

Die Behandlung Kassenkranker durch Laien war von der Gesetzgebung nicht beabsichtigt. Die Kassenärzte haben sowohl im Interesse ihres Standes wie im Interesse der Gesundheit der Versicherten die Pflicht, solchen Versuchen entgegenzutreten. Ebenso muß der Staat, welcher die Aufgabe übernommen hat, den Versicherten die beste Hilfe, nämlich die ärztliche zu verschaffen, auch seinerseits suchen, die Kurpfuscher von der Behandlung Kassenkranker möglichst auszuschließen (6, S. 92).

Die Anstellung der Aerzte[1]) bei den Krankenkassen geschieht in der Regel durch den Vorstand der betreffenden Kasse, bei der Gemeinde-Krankenversicherung durch die betreffende Gemeinde, bei den Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen durch die Verwaltungen oder Dienstbehörden der Betriebe oder den Fabrikherrn. In meiner Vaterstadt Hamburg werden die Aerzte der Gemeinde-Krankenversicherung und der städtischen Dienstbotenkrankenkasse von der Behörde für das Versicherungswesen (früher Behörde für Krankenversicherung), der die gesamte reichsgesetzliche Kranken- und Invalidenversicherung untersteht, angestellt, die Aerzte an den staatlichen Betriebskrankenkassen von den Vorständen derselben, die zu $^1/_3$ aus Mitgliedern der betreffenden Deputationen, zu $^2/_3$ aus Mitgliedern der Krankenkasse (Arbeitnehmern) bestehen. Ueber den Modus der Wahl der Aerzte bei den Krankenkassen wird in ärztlichen Kreisen vielfach geklagt. Die Anstellung geschieht meist ohne Ausschreibung der Stellen, auf persönliche Empfehlung hin, und da mag hier, wie allerorts sonst auch, der Nepotismus eine gewisse Rolle spielen. In Hamburg werden bei Vakanzen bei den von der Behörde für die Versicherung verwalteten Kassen die Stellen öffentlich ausgeschrieben und die eingegangenen Bewerbungen dem Medizinalkolleg zur Begutachtung vorgelegt. Aus dem von letzterem aufgestellten engeren Aufsatz von 3 Aerzten wird der Betreffende dann gewählt.

Auch bei dem großen Berliner Gewerkskrankenverein wurden (wenigstens früher) alle Stellen ausgeschrieben. Derselbe Modus findet sich bei einer großen Zahl von Kassen, besonders in Städten. Die Anstellung erfolgt gewöhnlich auf unbestimmte Zeit, jedoch mit dem Recht gegenseitiger Kündigung, die entweder alle 4 Wochen oder vierteljährlich erfolgen kann.

Klagen über unanständige Bewerbung (Unterbietungen, Bestechung einflußreicher Vorstandsmitglieder, Boten u. a.) finden sich vielfach in

1) Alles in diesem Kapitel Gesagte bezieht sich nur auf sog. fixierte Kassenärzte, d. h. solche Aerzte, die von den Kassen direkt angestellt werden. Ueber das Verhältnis der Aerzte bei Kassen mit freier Aerztewahl werden wir in einem besonderen Kapitel weiter unten berichten.

ärztlichen Artikeln über die Kassenfrage. Besonders auf dem 18. Aerztetage in München 1890 wurde darüber von Busch Material vorgebracht (Aerztl. Vereinsbl., 1890, S. 359). Gerichtsnotorisch ist besonders ein Fall in Altona geworden, wo festgestellt wurde, daß der Vorsitzende einer großen freien Hilfskasse von mehreren Aerzten größere Geldsummen teils zum Dank für ihre Anstellung, teils nach vorheriger Verabredung als Entgelt für seine Verwendung bekommen hatte (ebenda 1890, S. 427). Im ganzen sind aber doch nur vereinzelte Fälle dieser Art festgestellt worden.

Eine besondere Stellung nehmen bei einzelnen Kassen sog. „Vertrauensärzte“ ein, wie sie z. B. in Stettin und Dresden existieren. In letzterer Stadt hat die dortige Ortskrankenkasse einen solchen Vertrauensarzt mit 6000 M. jährlichem Fixum angestellt (ebenda 1898, S. 353). Derselbe hat folgende Funktionen:

1) Untersuchung der um Aufnahme nachsuchenden freiwilligen Mitglieder,

2) Vermittelung der Ueberweisung von Patienten an Heilstätten, für Badekuren, Landaufenthalt etc. auf Vorschlag der Kassenärzte,

3) Untersuchung von der Simulation verdächtigen Patienten, event. deren Ueberweisung in ein Krankenhaus,

4) endgültige Entscheidung in streitigen Fällen betreffend die Erwerbsfähigkeit von Mitgliedern,

5) Erteilung sachverständiger Ratschläge an Kassenvorstand und Verwaltung in sanitären Fragen, event. unter Teilnahme an diesbezüglichen Vorstandssitzungen und Abgabe schriftlicher Gutachten,

6) Untersuchung der an die Versicherungsanstalt für das Königreich Sachsen zu überweisenden Patienten und Ausfüllen der betreffenden Fragebogen,

7) Prüfung der eingegangenen Rechnungen über geburtshilfliche Leistungen und der fremdärztlichen Liquidationen,

8) Erteilung von Konsultationen an arbeitsfähige Kassenbeamte während seiner Bureauzeit.

Diese Einrichtung hat sich in Dresden sehr bewährt und scheint mir auch für andere, besonders größere Kassen nachahmenswert zu sein. Vor allem ist damit (s. Punkt 5) eine Forderung erfüllt, welche die Aerzte stets vergeblich erhoben haben, das ist die Teilnahme an den Sitzungen des Vorstandes und damit Beteiligung an der Verwaltung der Kasse, wenn auch nur mit beratender Stimme. Alle Aerzte sind darin einig, daß manches anders geworden wäre, wenn man von Anfang an die Aerzte zu den Beratungen bei der Novelle zum K.V.G. hinzugezogen hätte. Dahin geht auch die Petition des vorletzten (1902) Deutschen Aerztetages an den Bundesrat, zur Beratung der Abänderungen des K.V.G. die Beiziehung von Vertretern der deutschen Aerzteschaft zu veranlassen, welche von dieser gewählt werden.

Der Vertrauensarzt wäre auch die richtige Instanz zur Vermittelung von Streitigkeiten zwischen Patienten und Aerzten, bezw. zwischen letzteren und dem Vorstande. Jetzt pflegen solche Streitigkeiten entweder zu einem gespannten Verhältnis zwischen den Parteien oder direkt zu Entlassung der Aerzte zu führen.

In Hamburg ist in manchen Instruktionen der Kassenärzte ein Passus, wonach dieselben bei etwa an den Vorstand gelangenden Beschwerden sich dem Ausspruch des Physikus des betreffenden Bezirks

zu unterwerfen hätten. Es ist mir jedoch nicht bekannt, daß hiervon jemals Gebrauch gemacht worden wäre.

Die Anstellung der Aerzte sollte stets nur auf Grund eines schriftlichen Kontrakts erfolgen. Allerdings kommt es hier und da vor, daß ein Arzt eine Krankenkasse von seinem Vorgänger übernimmt und stillschweigend unter denselben Bedingungen weiter arbeitet wie der letztere. Hiervon möchte ich aber aus ethischen und praktischen Gründen dringend abraten. Die Anstellung an einer Krankenkasse ist im rechtlichen Sinne ein Vertrag. Nach § 154 des B.G.B. gilt ein Vertrag im Zweifel als nicht geschlossen, „solange nicht die Parteien sich über alle Punkte .... geeinigt haben, über die nach der Erklärung auch nur einer Partei eine Vereinbarung getroffen werden soll ....“ Daß hier mangels eines schriftlichen Vertrages der Willkür Tür und Tor geöffnet sind, ist ohne weiteres klar. Die Verträge der Krankenkassen mit Aerzten enthalten außer den Anstellungsbedingungen gewöhnlich Instruktionen für dieselben, deren Befolgung somit unter die Bedingungen des Kontraktes fällt. Wir geben im folgenden einige gebräuchliche Schemata von derartigen Verträgen.

I.

Für kleine ländliche und kleinstädtische Kassen ist häufig der von v. SCHICKER entworfene und in der „Arbeiterversorgung“, Bd. 10, 1894, S. 598 abgedruckte Vertrag gebräuchlich:

Der unterzeichnete Vorstand der (Orts-)Bezirkskrankenkasse ....

und der unterzeichnete praktische Arzt Dr. .... haben folgenden Vertrag über die Bestellung des letzteren als Kassenarzt abgeschlossen:

1) Herr Dr. .... gewährt in den Gemeinden N., O., P., Q. den Mitgliedern der .... Krankenkasse ....

und soweit diese nach § .... des Statuts ihre Angehörigen versichert haben, auch diesen die ärztliche Behandlung, sofern sie nicht Kur und Verpflegung im Krankenhause erhalten.

2) Ferner gewährt er die ärztliche Behandlung denjenigen nicht im Krankenhaus verpflegten Personen, welchen die .... Krankenkasse ....

für Rechnung einer anderen Krankenkasse (§ 57a K.V.G.), einer Berufsgenossenschaft oder Invaliditäts-Versicherungsanstalt Unterstützung zn leisten hat.

3) Die Erkrankten haben sich zum Arzt zu begeben, wenn ihr Zustand ihnen dies gestattet. Anderenfalls hat sie Dr. .... in ihrer Wohnung so oft zu besuchen, als zur baldmöglichen Heilung der Krankheit oder Verbesserung des Zustandes erforderlich ist.

4) In denjenigen Fällen, in welchen nach § .... des Kassenstatuts die Kur und Verpflegung des Kranken in einem Krankenhaus stattzufinden hat, hat Dr. .... unverzüglich beim Vorstand der Kasse die Verweisung in das Krankenhaus zu beantragen, einstweilen aber die ärztliche Hilfe zu gewähren. In dringenden Fällen kann Dr. .... den Kranken auf seine eigene Verantwortung vorläufig in das Krankenhaus verweisen.

5) Dr. .... verpflichtet sich, bei der Verordnung von Arzneien, Heilmitteln und Stärkungsmitteln die Rücksicht auf Sparsamkeit, insoweit sie mit derjenigen auf den Heilerfolg vereinbar ist, sorgfältig zu wahren. Die Verordnung teurer Weine hat in der Regel ganz zu unterbleiben; soweit sie aber notwendig, darf sie, dringende Fälle ausgenommen, nur mit Genehmigung des Vorsitzenden des Vorstandes erfolgen.

In jedem Rezept muß die Person des Kranken, für welchen die Arznei etc. bestimmt ist, genau angegeben sein.

6) Dr. .... ist verpflichtet, den Erkrankten zum Zweck der Erhebung des Krankengeldes die erforderlichen Krankenscheine nach Vorschrift des Statuts mit Benutzung der von der Kasse gelieferten Formulare auszustellen. Wenn er wahrnimmt, daß sich der Erkrankte die Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändein, durch Trunkfälligkeit oder durch geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen hat, oder daß der Kranke die nach § .... des Statuts erlassenen Vorschriften über das Verhalten der Kranken nicht befolgt, oder daß der angeblich Erkrankte die Krankheit simuliert, oder mit Unrecht Erwerbsunfähigkeit vorgibt, so hat Dr. .... dem Vorstand hiervon Mitteilung zu machen und in den Krankenschein eine Notiz aufzunehmen.

Bei der Ausstellung der Krankenscheine ist sorgfältig zu verfahren, insbesondere in Bezug auf die Bescheinigung der Erwerbsunfähigkeit und ihrer Dauer.

7) Für die vorbezeichneten Leistungen zahlt die .... Krankenkasse ....
Herrn Dr. ....

entweder

für jedes Kassenmitglied, welches in einer der Gemeinden N., O., P., Q. wohnt, für das Vierteljahr .... M.

oder

folgende Vergütungen für das Vierteljahr:

a) für jedes Kassenmitglied, welches in N. wohnt, ... M.
b) „ „ „ „ „ O. „ .... „
c) „ „ „ „ „ P. „ .... „
d) „ „ „ „ „ Q. „ .... „

(soweit aber ein Kassenmitglied seine Angehörigen mitversichert hat, für jedes der versicherten Angehörigen ....).

Für die Berechnung dieser Aversalvergütung ist diejenige Zahl der Versicherten maßgebend, welche am Schluß des Vierteljahres in der betreffenden Gemeinde gewohnt haben. An der sich hiernach berechnenden Gesamtvergütung wird für diejenigen Fälle, in welchen Krankenhausbehandlung stattgefunden hat, für jeden Tag der Krankenhausbehandlung von Kassenmitgliedern, welche in N., O., P. und Q. wohnen, ein Betrag von .... Pfg. in Abzug gebracht.

8) Für die ärztliche Behandlung der Mitglieder einer anderen Krankenkasse gemäß Ziffer 2 erhält Dr. .... insoweit eine besondere Vergütung, als die Zahl dieser Personen die Zahl derjenigen in den Gemeinden N., O., P., Q. wohnenden Kassenmitglieder übersteigt, welchen auf Rechnung der .... Krankenkasse ....
von einer anderen Krankenkasse die ärztliche Behandlung gewährt worden ist.

Diese besondere Vergütung (richtet sich nach dem niedersten Satz der Medizinaltaxe), (beträgt zwei Drittel der nach § 57a Absatz 4 K.V.G. der .... Krankenkasse ....
zukommende Ersatzleistung).

Für die ärztliche Behandlung derjenigen Kranken, welche die Krankenkasse auf Rechnung einer Berufsgenossenschaft oder Invaliditäts-Versicherungsanstalt zu unterstützen hat, wird Herrn Dr. .... der niederste Satz der Medizinaltaxe vergütet.

9) Die Zuziehung eines Spezialarztes oder die Verweisung des Kranken an einen solchen bedarf der Genehmigung des Kassenvorstandes.

Für Nachtbesuche, Operationen, Eisenbahnfahrt, Fuhrwerk, Porto und dergl. wird eine besondere Vergütung nicht gezahlt.

Bare Auslagen für Assistenz bei Operationen, Verbandzeug und Arzneimittel in Notfällen werden besonders vergütet.

10) Wenn Herr Dr. .... durch Abwesenheit, Krankheit und dergl. verhindert ist, seine vertragsmäßigen Verpflichtungen selbst zu erfüllen, so hat er für deren Erfüllung durch einen geeigneten Stellvertreter auf eigene Kosten zu sorgen.

11) Die dem Herrn Dr. .... gebührenden Vergütungen werden je nach Ablauf eines Vierteljahres ausbezahlt.

Der gegenwärtige Vertrag gilt auf die Dauer eines Kalenderjahres ....
Wird derselbe nicht längstens 2 Monate vor Ablauf des Jahres gekündigt, so gilt derselbe je auf die Dauer eines weiteren Kalenderjahres.

.... den ....

....
(Unterschrift des Vorstandes der Kasse.) (Unterschrift des Arztes.)

II.

Für großstädtische Orts- und Betriebskrankenkassen eignet sich der folgende Vertrag, der mit geringen Abänderungen auch für solche Kassen, die Familienmitglieder mitversichern, passend ist. Derselbe ist bei den Hamburger Betriebs- und Ortskrankenkassen in Gebrauch:

Dem Herrn Dr. med. ....
ist die ärztliche und wundärztliche Behandlung der innerhalb des im § 1 bezeichneten Bezirks wohnhaften Mitglieder der

Betriebskrankenkasse

vom ....
ab bis auf weiteres unter folgenden Bedingungen übertragen worden.

§ 1. Der Bezirk umfaßt: ....
....
....
....
....

§ 2. Das die Behandlung des Herrn Dr. ....
in Anspruch nehmende Mitglied hat sich demselben gegenüber durch Vorweisung des Scheines der Betriebskrankenkasse zu legitimieren. Dieser Schein ist nur **2 Tage gültig**, und hat der Kranke während dieser Zeit von demselben Gebrauch zu machen.

Ist der Kranke im stande, auszugehen, so hat er sich mit dem Scheine bei Herrn Dr. .... in dessen zu diesem Zweck auf 8—9 Uhr vormittags angesetzten Sprechzeit persönlich zu sistieren, anderenfalls hat er demselben den Schein baldmöglichst, jedenfalls binnen obiger 2 Tage, zustellen zu lassen.

§ 3. Der Schein ist dem Kranken von dem Herrn Arzte zurückzugeben. Letzterer hat den für ihn bestimmten Teil des Formulars unter möglichst genauer Beantwortung der in demselben gestellten Fragen und unter tunlichst genauer Bezeichnung der Natur der Krankheit auszufüllen und zu unterzeichnen.

Dauert die Behandlung länger als eine Woche, so wird dem Kranken von der Betriebskrankenkasse allwöchentlich ein mit Namen und Wohnung desselben ausgefüllter Krankenschein ausgehändigt, mit welchem entsprechend zu verfahren ist.

§ 4. Ob ärztliche Besuche in der Wohnung des Kranken nötig sind, oder ob es genügt, denselben behufs der erforderlichen Verordnungen zu der Sprechzeit (§ 2) zu bestellen, muß dem gewissenhaften Ermessen und der ärztlichen Verantwortung des Herrn Dr. .... überlassen bleiben. Derselbe hat sich dabei, wie auch in betreff der Häufigkeit der Besuche nicht von den etwaigen Wünschen des Kranken oder seiner Angehörigen, sondern lediglich von den Anforderungen leiten zu lassen, welche die Natur der Krankheit an die Behandlung stellt.

Bei etwa an den Vorstand der Betriebskrankenkasse gelangenden Beschwerden der Kranken unterwirft Herr Dr. .... sich event. dem Ausspruch des Herrn Physikus des Bezirks.

§ 5. Herr Dr. .... verpflichtet sich, auf der Simulation verdächtige Personen ein wachsames Auge zu haben, insbesondere die ihm in dieser Richtung durch den Vorstand zugehenden Wahrnehmungen der Krankenbesucher zu beachten und bei konstatierten Fällen dem Vorstande Mitteilung zu machen.

Ingleichen ist von ihm besondere Sorgfalt auf die Feststellung des Umstandes, ob der Kranke erwerbsunfähig ist, ebenfalls unter Berücksichtigung der etwa dawidersprechenden Beobachtungen der Krankenbesucher, zu verwenden.

§ 6. Die erforderlichen Arzneimittel hat Herr Dr. ....
mit möglichst wohlfeiler Auswahl auf den ihm zu diesem Zwecke von dem Vorstande zu liefernden, mit dem Stempel der Kasse versehenen Rezeptformularen zu verschreiben.

Bedarf der Kranke einer Brille, eines Bruchbandes oder ähnlicher Heilmittel, so hat Herr Dr. .... ihn mit einem diesen Bedarf bescheinigenden Atteste an den Kassenführer der Betriebskrankenkasse zu verweisen.

§ 7. Folgende Kranke sind, sofern nicht eine Behandlung in der Sprechzeit (§ 2) des Herrn Dr. .... genügt, von demselben unter Einstellung der weiteren Behandlung mittelst Scheines an den Kassenführer der Betriebskrankenkasse behufs Versetzung in das allgemeine Krankenhaus zu verweisen:

1) diejenigen, welche sich zufolge des ärztlichen Befundes ihre Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung an Schlägereien oder Raufhändeln, durch Trunkfälligkeit oder geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben.

2) Alle diejenigen, welche weder verheiratet noch Glieder einer Familie sind. Sollte in einem hier unter 2 erwähnten Falle Herr Dr. .... ausnahmsweise eine Behandlung in der Wohnung des Kranken für empfehlenswert erachten, so hat er davon dem genannten Kassenführer Anzeige zu machen, und wird der Vorsitzende des Vorstandes alsdann entscheiden, ob Behandlung in der Wohnung oder Versetzung in das Krankenhaus einzutreten hat.
3) Diejenigen, welche verheiratet oder Glieder einer Familie sind, wenn die Art der Krankheit Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, welchen in der Familie des Erkrankten nicht genügt werden kann.

In Fällen, in welchen eine Verweisung an den Kassenführer nicht tunlich erscheint, hat Herr Dr. .... den Kranken direkt in das Krankenhaus zu senden und davon dem Kassenführer alsbald Mitteilung zu machen.

§ 8. In Verhinderungsfällen hat Herr Dr. .... für seine Rechnung für seine Vertretung durch einen anderen hierselbst zugelassenen Arzt zu sorgen und dem Kassenführer davon Anzeige zu machen. Bei einer voraussichtlich den Zeitraum von 3 Tagen überschreitenden Verhinderung bedarf der Vertreter der vorherigen Genehmigung des Vorstandes der Betriebskrankenkasse.

§ 9. Von jeder Wohnungsveränderung hat Herr Dr. .... vorher dem Kassenführer Anzeige zu machen, und zwar, falls eine Verlegung der Wohnung außerhalb des im § 1 bezeichneten Bezirks beabsichtigt wird, mindestens 6 Wochen vorher, um den Vorstand in den Stand zu setzen, zu erwägen, ob er etwa von der Kündigungsbefugnis (§ 11) Gebrauch machen will.

§ 10. Als Honorar für seine sämtlichen Bemühungen erhält Herr Dr. .... von der Betriebskrankenkasse alle 3 Monate von dem Durchschnittsbestande der in dieser Zeit in dem in § 1 erwähnten Bezirke wohnhaften Mitglieder der Kasse pro Kopf M. ....

Der Durchschnittsbestand ist seitens des Kassenführers nach den demselben zugegangenen letzten Wohnungsangaben festzustellen.

§ 11. Sowohl dem Vorstande der Betriebskrankenkasse wie Herrn Dr. .... steht eine 4-wöchentliche Kündigung des Verhältnisses ohne Angabe von Gründen zu.

In duplo ausgefertigt und von dem Vorstande obiger Betriebskrankenkasse und Herrn Dr. .... unterschriftlich vollzogen.

Hamburg, den ....

III.

Einen spezifischen Arztvertrag hat die „Arbeiterversorgung" neuerdings herausgegeben, der für die verschiedenen Arten der Bezahlung Vorsorge trifft. Wir geben im folgenden mit Bewilligung des Verlags der „Arbeiterversorgung", diesen Vertrag im Wortlaut:

Arztvertrag.

Benennung der Vertragschließenden.

Name der Krankenkasse.	Name des Arztes.

Vertragsbestimmungen.

§ 1. Die der .... Krankenkasse .... angehörenden Mitglieder[1]) .... in der Gemeinde .... erhalten von Herrn .... freie ärztliche, wund- und hebärztliche Behandlung in allen Fällen der Erkrankung.

Ebenso erhalten dieselbe Behandlung Personen, für welche die vertragschließende Krankenkasse im Auftrage einer andern Krankenkasse, einer Berufsgenossenschaft oder Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalt das Heilverfahren zu übernehmen hat.

Diese Bestimmung findet jedoch keine Anwendung auf diejenigen Mitglieder und Personen, welche infolge Anordnung der Kassenverwaltung Kur und Verpflegung in einem Krankenhause oder einer sonstigen Heilanstalt erhalten.

---

1) event. Beisatz „und die Angehörigen derselben".

§ 2.

Bezahlung der Einzelleistungen.

Für die in § 1 übernommene Verpflichtung wird vergütet und zwar:

1) für 1 Konsultation in der Wohnung des Arztes . . . M. Pf.
2) für 1 Gelegenheitsbesuch . . „ „
3) für 1 Extrabesuch
 1. am Wohnort des Arztes
 a) bei Tag . . . . „ „
 b) bei Nacht . . . . . . „ „
 2. außerhalb des Wohnortes des Arztes
 a) bei Tag, für je 1 Kilometer Entfernung — und zwar nur für den Hinweg . . . . „ „
 b) bei Nacht, desgl. . . . „ „
4) für kleine Verbände, z. B. bei Fingerverletzungen, Brandwunden, Geschwüren und Zahnextraktionen
 für 1 Verrichtung
 in der Wohnung des Arztes . . . . „ „
 im Hause des Erkrankten „ „
5) für Massage, elektrische Sitzungen und kleinere Incisionen,
 für 1 Verrichtung
 in der Wohnung des Arztes . . . . „ „
 im Hause des Erkrankten „ „
6) für chirurgische Fälle, Operationen, Geburtshilfe, Assistenz bei Operationen, den niedersten Satz der Medizinaltaxe abzüglich . . Proz. Rabatt.

Auslagen für Fuhrwerke etc. bei Extrabesuchen werden besonders vergütet.

Für die ärztliche Behandlung der Mitglieder einer anderen Krankenkasse, sowie für diejenigen Kranken, welche für Rechnung einer Berufsgenossenschaft oder Invaliditäts- und Alters-Versicherungsanstalt zu unterstützen sind, wird der niederste Satz der Medizinaltaxe vergütet.

Bezahlung einer Pauschalsumme.

Der Kassenarzt erhält für seine Leistungen, worunter auch Operationen, chirurgische und spezialistische Behandlungen, Nachtbesuche, Geburtshilfe, Fuhrwerke und Eisenbahnfahrt begriffen sind, pro Mitglied jährlich eine Aversalentschädigung im Betrage von .... M. .... Pf.

Die Bezahlung der Entschädigung erfolgt in vierteljährlichen Raten nach der durchschnittlichen Mitgliederzahl, welche je auf den 31. Dezember ermittelt und für das kommende Jahr zu Grunde gelegt wird.

Wenn sich mehrere Aerzte unter diese Pauschalsumme teilen, so gelten folgende weitere Bestimmungen.

Die in gegenwärtigem Paragraphen festgesetzte Summe wird unter den Herren Aerzten nach Verhältnis ihrer Leistungen verteilt. Letztere sind auf den Krankenscheinen in der hiernach aufgeführten Weise je am Schlusse eines Kalendervierteljahres für sämtliche erledigte Krankheitsfälle zu liquidieren.

Es darf angerechnet werden:

1) für 1 Konsultation in der Wohnung des Arztes . . Punkte
2) für 1 Gelegenheitsbesuch „
3) für 1 Extrabesuch
 1. am Wohnort d. Arztes
 a) bei Tag . . . . . . „
 b) bei Nacht . . . . . „
 2. außerhalb des Wohnortes des Arztes
 a) bei Tag, für je 1 Kilometer Entfernung — und zwar nur für den Hinweg . . . . „
 b) bei Nacht, desgl. . . . „
4) für kleine Verbände, z. B. bei Fingerverletzungen, Brandwunden, Geschwüren und Zahnextraktionen
 für 1 Verrichtung
 in der Wohnung des Arztes . . . . . „
 im Hause d. Erkrankten „
5) für Massage, elektrische Sitzungen und kleinere Incisionen
 für 1 Verrichtung
 in der Wohnung des Arztes . . . . . . „
 im Hause d. Erkrankten „

Anmerkung.

Extrabesuche bei Tag sind solche, welche außerhalb der gewöhnlichen Besuchszeit des Arztes gemacht werden müssen.

Für Nachtbesuche gilt die Zeit:
a) im Sommer (1. April bis 30. September) von abends 9 Uhr bis morgens 6 Uhr,
b) im Winter (1. Oktober bis 31. März) von abends 8 Uhr bis morgens 8 Uhr.

Handelt es sich gleichzeitig um mehrere Besuche in einem auswärtigen Orte, so darf nur ein Extrabesuch berechnet werden; die übrigen Besuche sind als Gelegenheitsbesuche zu behandeln.

6) für chirurgische Fälle, Operationen, Geburtshilfe, Assistenz bei Operationen, wenn das Honorar nach der Medizinaltaxe beträgt:

3— 6 M.	Punkte
7—10 M.	„
11—15 M.	„
16—20 M.	„
21—30 M.	„
31 M. und mehr .	„

Für die ärztliche Behandlung der Mitglieder einer anderen Krankenkasse, sowie für diejenigen Kranken, welche für Rechnung einer Berufsgenossenschaft oder Invaliditäts- und Alters-Versicherungsanstalt zu unterstützen sind, wird der niederste Satz der Medizinaltaxe vergütet.

§ 3. Die zu Händen des Arztes notwendigen Verbandstoffe und Arzneimittel werden besonders bezahlt.

§ 4. Bei Ausübung der ärztlichen Hilfe sind von dem Kassenarzt und den Kassenmitgliedern folgende Vorschriften zu beobachten.

I. Aerztliche Hilfe auf Grund der Krankenscheine.

Jedem erkrankten Mitgliede ist auf Grund des von der Kassenverwaltung ausgestellten Krankenscheins für die statutarisch festgesetzte Unterstützungsdauer ärztliche Hilfe zu gewähren. Dringende Fälle sind ausgenommen, doch hat das Kassenmitglied alsdann den Krankenschein sofort abzuliefern. Die Krankenscheine haben je für den betreffenden Krankheitsfall Gültigkeit.

Die erkrankten Mitglieder haben sich während der Zeit der Sprechstunde, wenn ihr Zustand ihnen dies ohne Nachteil gestattet, zum Arzt zu begeben, anderenfalls hat dieselben der von ihnen gerufene Arzt in ihrer Wohnung so oft zu besuchen, als es der Zustand der Erkrankten erfordert.

Der von dem Kassenmitgliede berufene Arzt bleibt bis zur Heilung der betreffenden Krankheit, resp. bis zum Ablauf der statutarischen Unterstützungsdauer behandelnder Arzt.

Ein etwaiger Wechsel des Kassenarztes während dieser Zeit geht auf Rechnung des Kassenmitglieds, wenn vom Kassenvorstand im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt nicht ausnahmsweise Genehmigung erteilt worden ist.

Muß ein Arzt in die Wohnung des Erkrankten berufen werden, so ist dies dem ersteren tags zuvor und am gleichen Tage spätestens vor 8 Uhr morgens mitzuteilen. Dringende Fälle sind jedoch ausgeschlossen.

Sollte es vorkommen, daß ein Arzt nach morgens 8 Uhr ohne dringenden Grund extra in die Wohnung eines Erkrankten berufen wird, so ist ersterer berechtigt, den Besuch besonders zu berechnen. Der durch derartige Fälle entstehende Aufwand ist von den betreffendeu Kassenmitgliedern zu ersetzen.

II. Ausgangserlaubnis.

Erwerbsunfähig kranke Mitglieder müssen die Vorschriften des Arztes gewissenhaft befolgen und dürfen nur zu der ihnen hierzu vom Arzt vorgeschriebenen und bescheinigten Zeit ihre Wohnung verlassen bezw. Arbeiten verrichten.

Die Ausgangszeit darf, abgesehen von den Besuchen beim Arzte, während der Sommermonate (1. Mai bis 30. September) die Zeit von morgens 8 Uhr bis abends 7 Uhr, während der Wintermonate (1. Oktober bis 30. April) von morgens 9 Uhr bis abends 5 Uhr nicht überschreiten.

Der Besuch von öffentlichen Lokalen oder Wirtshäusern ist im Wohnort des Kassenmitglieds nicht gestattet. Zulässig ist dagegen der Besuch der Kirche und die Beteiligung bei Wahlen, wenn dadurch die Genesung nicht gehemmt wird.

Die Verrichtung von Arbeiten während der Dauer der Erwerbsunfähigkeit darf ärztlicherseits nur dann angeordnet werden, wenn damit gymnastische Heilzwecke verbunden sind.

III. Simulationsverdacht.

Bei Beurteilung der Krankheitsfälle ist stets im Auge zu halten, daß die Kassen Kranken- und nicht Versorgungskassen heißen.

Sodald der Arzt die Wahrnehmung macht, daß der angeblich Erkrankte die Krankheit nur simuliert oder mit Unrecht Erwerbsunfähigkeit vorgibt, den ärztlichen Anordnungen nicht Folge leistet, oder dessen Zustand oder Verhalten einer fortgesetzten Beobachtung bedarf, ist der Kassenverwaltung hiervon unverzüglich schriftliche Mitteilung zu machen. Auch wird der Arzt die ihm in dieser Beziehung seitens der Kassenverwaltung eventuell gemachten Mitteilungen nur im Interesse der Kasse und zur Beobachtung des Erkrankten verwerten und solche nicht dem Letzteren zur Kenntnis bringen.

IV. Selbstverschulden der Krankheit.

Hat sich der Kranke die Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln, durch Trunkfälligkeit oder durch geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen, oder werden von ihm die im Statut erlassenen Vorschriften über das Verhalten der Kranken nicht befolgt, so hat der Arzt der Kassenverwaltung alsbald Mitteilung zu machen.

V. Krankengeld-Erhebungsscheine.

Zum Zwecke der Erhebung des Krankengelds ist den erwerbsunfähigen Mitgliedern ein Krankengeld-Erhebungsschein, unter Benützung des von der Kasse gelieferten Formulars, auszustellen.

Bei der Ausstellung der Krankenscheine ist insbesondere in Bezug auf die Bescheinigung der Erwerbsfähigkeit und ihrer Dauer sorgfältig zu verfahren.

Das Krankengeld wird von derjenigen örtlichen Verwaltungsstelle, welche die Beiträge für das erwerbsunfähige Kassenmitglied zuletzt vereinnahmt hat, je am Samstag für die abgelaufene Woche bezahlt. Bei Krankheitsfällen, welche längere Zeit andauern, kann die Ausbezahlung des Krankengeldes auch zweiwöchentlich erfolgen.

VI. Krankenhauspflege.

Die Verweisung eines Kranken in ein Krankenhaus darf von dem Arzte nur in ganz dringenden Fällen ohne vorherige Genehmigung der Kassenverwaltung erfolgen, in allen übrigen Fällen steht der Kassenverwaltung die Entscheidung hierüber zu. Der Arzt hat die Verweisung in das Krankenhaus beim Vorstand der Kasse unverzüglich zu beantragen, einstweilen aber die ärztliche Hilfe zu gewähren.

Die Einweisung in ein Krankenhaus wird in der Regel zu erfolgen haben, wenn das erkrankte Mitglied keinen eigenen Haushalt führt oder wenn seine Wohn- oder Schlafstelle, oder die nötige Pflege den Anordnungen, welche das Heilverfahren stellt, nicht genügt.

VII. Arzneimittel, Brillen, Bruchbänder, Wein etc.

Die vom Arzt für notwendig erachteten Arzneimittel wird er den Kranken auf den ihm hierzu gelieferten Formularen verordnen. Es wird derselbe hiebei die möglichste Sparsamkeit, d. h. soweit letztere mit dem Heilverfahren vereinbar ist, beobachten.

Bei Wiederholungen der Medikamente ist auf dem Rezept der Beisatz zu machen, daß Gläser und Töpfe gereinigt der betreffenden Apotheke zur Wiederbenützung zurückzubringen sind.

Für die Verordnungsweise der Arzneimittel sind tunlichst die bisher als zweckmäßig erprobten Regeln (vergl. Württ. Mediz. Korresp.-Bl. 1894, No. 3) zu befolgen.

Die Anweisungen für Brillen, Bruchbänder, Wein u. dergl. sind dem Kassenvorstand zur Genehmigung mitzuteilen. Ganz dringende Fälle sind hievon ausgenommen, doch ist die Genehmigung nachträglich einzuholen.

Bezüglich der Anweisung von Brillen ist zu beachten, daß die Krankenkasse zur Lieferung derselben nur verpflichtet ist, wenn sie zur Heilung kranker Augen dienen. Schutzbrillen haben nach den Unfallverhütungsvorschriften in der Regel die Arbeitgeber auf ihre Kosten zu beschaffen. Die Anschaffung einer Brille wegen Kurzsichtigkeit ist Sache des Kassenmitgliedes.

Wein ist nur bei ganz schweren Krankheitsfällen zu verordnen.

In jedem Rezept muß die Person des Kranken, für welchen die Arznei etc. bestimmt ist, genau angegeben sein.

VIII. Zuziehung von Spezialärzten.

Die Zuziehung eines Spezialarztes oder die Verweisung des Kranken an einen solchen, ist nur mit Genehmigung der Kassenverwaltung gestattet.

IX. Vertretung in Abwesenheitsfällen.

Im Falle der Abwesenheit, Krankheit oder anderweiter Verhinderung hat der Kassenarzt für Erfüllung der übernommenen vertragsmäßigen Verpflichtungen durch einen geeigneten Stellvertreter Sorge zu tragen, welch letzteren er mit diesen Vorschriften vertraut machen muß.

Die Verhinderung und die Zeitdauer derselben, sowie den Namen des Stellvertreters hat der Kassenarzt im Lokalblatt bekannt zu machen.

X. Atteste und Gutachten.

Die Ausstellung der Krankengeld-Erhebungsscheine, die Bescheinigungen über Ausgangs-, bezw. Arbeitserlaubnis, sowie die Beantwortung der von der Kassenverwaltung gestellten Anfragen, hat kostenfrei zu erfolgen.

§ 5. Gegenwärtiger Vertrag tritt am .... in Kraft und gilt auf die Dauer .... Kalenderjahre ....; wird derselbe nicht längstens .... Monate vor Ablauf dieser Frist gekündigt, so gilt derselbe je auf die Dauer eines weiteren Kalenderjahres. Jedem der Kontrahenten steht nach vorausgegangener .... Kündigung das Recht des Rücktritts vom Vertrage frei.

Anerkannt und unterzeichnet

......................, den ....

Namens des Kassenvorstandes Der Vorsitzende:	Der Arzt:
....	....

Der Vertrag regelt die Tätigkeit des Arztes für die von ihm übernommene Kasse, soweit er dazu verpflichtet ist. Außerdem hat der Arzt häufig noch nebenamtliche Funktionen, denen er sich nicht gut entziehen kann und auf die wir im folgenden Kapitel noch näher einzugehen haben. Ich erwähne dieselben nur hier, weil die Stellung des Arztes zur Kasse damit gekennzeichnet wird. Er ist, wenn anders überhaupt seine Stellung richtig aufgefaßt wird, nicht nur der Arzt, der lediglich für seine Kranken tätig ist, Krankheiten heilt oder zu verhüten sucht, sondern er ist auch vor allem der Sachverständige und Vertrauensmann der Krankenkasse, von dessen gewissenhafter Tätigkeit die Lebensfähigkeit der Kasse und dadurch indirekt wieder das Wohl und Wehe der Versicherten abhängt. Es ist ebenso verkehrt und verhängnisvoll für das gegenseitige Verhältnis, wenn die Vorstände der Krankenkassen im Arzt nur das notwendige Uebel erblicken, das sie mit in den Kauf nehmen müssen, wie wenn die Aerzte in den Vorständen nur ihre geborenen Feinde erblicken, denen sie auf alle Weise entgegenarbeiten müßten. Vorstand und Arzt müssen gemeinsam daran arbeiten, den Zweck der Krankenkassen-Gesetzgebung zu erfüllen, und dies geht nur, wenn beide ohne Voreingenommenheit ihre Stellung richtig auffassen. Je höher diese Stellung von beiden Seiten geschätzt wird, um so ersprießlicher wird auch für beide Teile die gemeinsame Arbeit ausfallen.

Die Amtsbezeichnung lautet gewöhnlich Arzt der Krankenkasse, häufig auch Kassenarzt oder Krankenkassenarzt. Das K.V.G. spricht nur von Aerzten und ärztlicher Behandlung durch bestimmte Aerzte, kennt aber den Ausdruck „Kassenarzt" nicht. Da das Wort in den letzten Jahren einen etwas minderwertigen Beigeschmack bekommen hat, so bin ich dafür, es, wo angängig, ganz zu eliminieren und den etwas längeren Titel „Arzt der Krankenkasse" zu wählen. Auch paßt der Ausdruck nicht für die Gemeinde-Krankenversicherungen, denen im Gesetz der Titel „Kasse" versagt wurde, trotzdem ihre Einrichtungen sich mit denen der Krankenkassen decken. Aus diesen

Gründen habe ich auch den ursprünglich für diesen Band des Handbuches vorgesehenen Titel: „Stellung und Aufgaben des Krankenkassenarztes" in den jetzigen umgewandelt.

Als Anstellungsbedingungen besteht in erster Linie nach dem Gesetz die in Deutschland erlangte ärztliche Approbation, wenigstens bei allen den Kassen, die, wie wir, auf dem Standpunkt stehen, daß unter „ärztlicher Behandlung" nur eine solche durch approbierte Aerzte zu verstehen sei. Einige Kassen (so z. B. in Barmen, Aerztl. Vereinsbl. 1902, S. 360) verlangen eine Karenzzeit von 1 oder mehreren Jahren, die die Bewerber am Ort ansässig gewesen sein müssen, ehe sie sich bewerben können. Diese Karenzzeit wird besonders bei Kassen mit freier Aerztewahl empfohlen, um einen zu großen Zuzug von unbeschäftigten Aerzten zu verhindern. Hiergegen wird eingewendet (cf. Danzig, ebenda 1902, S. 409), daß es ein Unrecht wäre, denjenigen Aerzten, welche heute fast überall auf die Krankenkassen angewiesen sind, ihre Existenzmöglichkeit zu erschweren und sie dadurch zu zwingen, sich eine Tätigheit auf jede Art, die sich ihnen bietet, zu suchen. Will man, wie es die Anhänger der freien Arztwahl behaupten, allen Aerzten die Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit möglich machen, so darf man ihnen dies auch nicht durch Einführung einer Karenzzeit unmöglich machen.

Die Dauer der Anstellung als Arzt einer Krankenkasse ist meist unbeschränkt. Die Anstellung erfolgt zunächst gewöhnlich auf 1 Jahr, jedoch mit der Möglichkeit beiderseitiger Kündigung innerhalb 4 Wochen, 3 Monaten u. ä. In manchen Kontrakten (so in den oben abgedruckten Hamburger) findet sich noch ein Passus: „ohne Angabe von Gründen". Diese Bestimmungen sind wohl einer der wundesten Punkte in der Stellung des Arztes an den Krankenkassen. Sie ermöglichen es den Vorständen, jeden Arzt, der sich aus irgend einem Grunde mißliebig gemacht, zu entlassen, und mancher, der seine ganze Existenz seiner kassenärztlichen Tätigkeit verdankt, wird dadurch brotlos gemacht. Oft genug hört man denn auch aus ärztlichen Kreisen Klagen über Entlassung aus nichtigen Gründen. Einige Beispiele aus der Denkschrift des Aerztevereinbundes (4, S. II) werden dies dartun.

Der Arzt einer Betriebskrankenkasse in Blankenburg wird nach 10-jähriger Tätigkeit entlassen, weil sich ein Handel mit dem Betriebsherrn wegen eines Hausbaues zerschlagen.

Ein Hamburger Arzt gibt an, ihm sei gekündigt, weil er ein Zeugnis zu Gunsten der Kasse wider besseres Wissen nicht ausstellte.

Ein Merseburger Arzt verliert seine Stelle, weil er in einer Aerztevereinssitzung über Krankenkassenangelegenheiten gesprochen hatte.

Eine westdeutsche Kasse kündigt ihrem Arzt, weil er politisch für seine Partei (nicht Sozialdemokrat) agitierte.

Einem Berliner Kassenarzt wurde gekündigt, weil er an Kaisers Geburtstag, den er als Festtag betrachtet, keine Sprechstunde gehalten hatte.

Ich selbst habe es erleben müssen, daß mir von einer Betriebskrankenkasse, an der ich 18 Jahre tätig war, ohne je ernstliche Differenzen gehabt zu haben, binnen 4 Wochen gekündigt wurde, weil die Mitglieder der Kasse einen Arzt wünschten, „dessen Wohnung im Zentrum des Bezirks gelegen ist". Mein Nachfolger wohnt aber jetzt kaum 5 Minuten von mir entfernt und nichts weniger als im Zentrum des Bezirks.

Hier müßte Abhilfe geschaffen werden. Entweder die Kassen beschließen, ihre Aerzte überhaupt nur eine bestimmte Zeit lang zu behalten, etwa wie die Armenverwaltungen (cf. FÜRST, 7, S. 139), welche die Amtsdauer der Armenärzte auf 6—10—15 Jahre beschränken, oder aber sie müssen triftige Gründe zur Entlassung haben, ohne die letztere nicht stattfinden soll. Dem angeschuldigten Ärzte müßte aber vorerst Gelegenheit gegeben werden, sich über die ihm zur Last gelegte Pflichtverletzung zu verantworten. Wird er überführt, so sollte eine Verwarnung oder Verweis der definitiven Entlassung stets vorangehen. Für solche Fälle ist die oben besprochene Einrichtung eines Vertrauensarztes für beide Teile, Vorstand und Aerzte, von besonderem Wert.

Die Vertretung der Aerzte an Krankenkassen in Behinderungsfällen (Krankheit, Reisen, Einziehung zu militärischen Uebungen) geschieht meistens durch einen ärztlichen Stellvertreter, für den der angestellte Arzt selbst zu sorgen hat. Die dadurch etwa entstehenden Kosten muß letzterer tragen. Ueber die Höhe derselben lassen sich keine allgemeinen Regeln aufstellen. In größeren Städten findet man wohl befreundete Kollegen, die dem verhinderten Arzt die Vertretung aus Freundschaft gewähren. Sonst ist man genötigt, den Vertreter entsprechend zu bezahlen. Die Höhe der Bezahlung richtet sich nach den persönlichen und lokalen Verhältnissen. Einige Aerzte gewähren ihrem Vertreter die ganze Einnahme aus der von ihm vertretenen Kasse; andere verabreden Tagegelder (ca. 10 M.), wozu dann unter Umständen noch Wohnung, Verpflegung und Fuhrwerk kommen können. Alle diese Einzelheiten müssen der freien Vereinbarung überlassen bleiben.

Die in einigen Kontrakten befindliche Bestimmung, daß bei einer länger als einige Tage dauernden Vertretung die Genehmigung des Vertreters seitens des Kassenvorstandes erforderlich ist, sollte fallen gelassen werden. Ueber die Person des Vertreters wird der Arzt besser orientiert sein können, als der Vorstand. Sollen besondere Bedingungen an den vertretenden Arzt geknüpft werden, z. B. daß er im Bezirk des zu Vertretenden wohnen muß u. dgl., so ist es besser, diese Bedingungen schon in den Kontrakt aufzunehmen.

Sehr wichtig für die Stellung des Arztes bei den Krankenkassen wäre es, wenn ihm eine größere Teilnahme an den Beratungen der Verwaltung eingeräumt würde. Es gehört dieser Punkt zu den ältesten Forderungen der Aerzte[1]), den sie immer und immer wieder erheben und dem nur in ganz vereinzelten Fällen Rechnung getragen wurde. Am ehesten hört man dies noch von Kassen, die eigene Vertrauensärzte angestellt haben (z. B. Dresden, s. oben S. 73), welche dann beratende Stimme bei den Vorstandssitzungen besitzen. In Hamburg wurde von einem Antrag des Aerztlichen Vereins vom 20. März 1891, der als Punkt 5 die Forderung enthielt, den Kassenärzten eine Vertretung im Vorstande der Kasse einzuräumen, dieser Punkt nicht berücksichtigt, während die anderen Punkte meist Entgegenkommen fanden (JAFFÉ, l. c. S. 467[2]).

Warum die Vorstände sich weigern, die Aerzte zu ihren Beratungen zuzulassen, ist nicht recht erfindlich. Bei den Armenärzten liegen hier die Verhältnisse anders. Nach FÜRST (l. c. S. 140) existieren

1) Schon im Jahre 1890 als Petition des Aerztevereinbundes dem Bundesrat und Reichstag überreicht (Aerztl. Vereinsbl., 1890, S. 477).

2) Neuerdings soll bei der Dienstbotenkasse eine von den Aerzten gewählte Kommission der Behörde als sachverständiges Organ dienen.

eine große Reihe von Städten, wo die Armenärzte teils verpflichtet sind, an den Versammlungen der Verwaltung mit beschließender oder beratender Stimme teilzunehmen, teils wenigstens hierzu berechtigt sind. Es würde manches Mißverständnis aufgeklärt, manche Mißhelligkeit vermieden worden sein, wenn auch die Vorstände der Krankenkassen sich zu einem ähnlichen Verhalten entschlossen hätten, und es kann nicht dringend genug der Wunsch ausgesprochen werden, daß hierin Wandel geschaffen werde (cf. WOLTER, Ae. C.A. No. 9. 1903.)

Kassenärztliche Vereinigungen haben sich bisher nur selten und dann meist bei Kassen mit freier Arztwahl gebildet. Es ist aber den Aerzten auch bei fester Anstellung sehr zu empfehlen, sich zusammenzuschließen, weil sie hierdurch weit besser im stande sein werden, ihre Interessen gegenüber den Kassen zu vertreten. Solche Vereine existieren nur in Berlin in größerer Zahl. Es sind dies der Verein Berliner Kassenärzte, der Verein der freigewählten Kassenärzte, der Verein Berliner Gewerksärzte, der Aerzte der Neuen Maschinenbauerkasse und der Betriebskasse der Allgemeinen Elektrizitäts-Aktiengesellschaft, der Aerzte des Innungskrankenkassenverbandes, der Ortskrankenkasse der Buchdrucker, des Vereins der Berliner Hilfskassenärzte und der Verein der freigewählten Kassenärzte in Charlottenburg. Diese 9 Vereine haben sich neuerdings zu einem „Zentralausschuß der Kassenärzte Berlins und der Vororte“ zusammengeschlossen, um Punkte von gemeinsamem Interesse für Berlin zu regeln. In Hamburg besteht eine derartige Vereinigung bei den Aerzten der Ortskrankenkasse der in Hôtels etc. beschäftigten Personen.

Als Beispiel von Satzungen derartiger Vereine füge ich an dieser Stelle diejenigen des Vereins der Berliner Gewerksärzte und des Vereins Berliner Kassenärzte (mit freier Arztwahl) bei.

Satzungen des Vereins Berliner Gewerksärzte.

§ 1. Die Gewerksärzte des Gewerkskrankenvereins treten zu einer Vereinigung zusammen.

§ 2. Der Zweck der Vereinigung ist: 1) Förderung der gemeinschaftlichen gewerksärztlichen Interessen. 2) Gegenseitiges Bekanntwerden und Förderung der Kollegialität. 3) Unterstützung in Not geratener Vereinsmitglieder, soweit die Mittel es gestatten. 4) Besprechungen.

§ 3. Die Mitglieder des Vereins zerfallen in a) ordentliche, b) außerordentliche. Ordentliches Mitglied kann nur ein mit Gehalt beim Gewerkskrankenverein angestellter Gewerksarzt sein. Außerordentliches Mitglied kann jeder andere, sich für die Bestrebungen des gewerksärztlichen Verein interessierende praktische Arzt werden. Stimmberechtigt sind nur ordentliche Mitglieder. Die Aufnahme findet durch die Aufnahmekommission in geheimer Abstimmung mit Zweidrittelmehrheit statt. Die Aufnahmekommission besteht aus dem jedesmaligen Vorsitzenden oder dessen Stellvertreter und 4 in der ersten ordentlichen Versammlung des Jahres zu wählenden Mitgliedern. Zum Ersatz eines behinderten Mitgliedes wird ein Stellvertreter gewählt.

§ 4. Die Mitglieder versammeln sich vierteljährlich einmal am 2. Montag im Quartal, wozu sie 8 Tage vorher mit aufgestellter Tagesordnung eingeladen werden müssen. Hat die ordentliche Versammlung am festgesetzten Tage nicht stattfinden, oder die Tagesordnung derselben nicht erledigt werden können, so hat eine Versammlung innerhalb 3 Wochen mit der unerledigten Tagesordnung stattzufinden. Außerordentliche Versammlungen finden auf Beschluß des Vorstandes oder auf schriftliches Verlangen von mindestens 20 Mitgliedern statt. Letztere müssen innerhalb 14 Tagen berufen werden. In den Versammlungen herrscht der parlamentarische Gebrauch. Die Geschäftsordnung dient als Richtschnur. Der Vorstand ist befugt, Versammlungen von nur ordentlichen Mitgliedern zu berufen.

§ 5. An der Spitze der Vereinigung steht ein Vorstand, der aus 5 Mitgliedern besteht, und zwar aus einem Vorsitzenden, einem Stellvertreter desselben, einem

Schriftführer, einem Kassenführer — letztere beide sind befugt, sich gegenseitig zu vertreten — und einem Beisitzer.

§ 6. Die Vorstandsmitglieder werden aus den ordentlichen Mitglieder alljährlich in der ersten Versammlung des Jahres durch Stimmzettel gewählt, und zwar jedes in einem besonderen Wahlgang. Die Ausscheidenden sind wieder wählbar. Zuruf ist gestattet, sobald kein Widerspruch erhoben wird.

§ 7. Nach Erledigung der Tagesordnung bleiben die Mitglieder in den regelmäßigen Versammlungen zu einem gemeinschaftlichen Abendessen zusammen, dessen Kosten aus der Kasse bestritten werden, soweit die Bestände ausreichen.

§ 8. Der jährliche Beitrag wird auf 6 M. festgesetzt. Der Kassenführer zieht denselben ein und hat am Schlusse des Jahres Rechnung zu legen. Wird der Beitrag auf zweimalige Aufforderung nicht bezahlt, so erstattet der Kassenführer dem Vorstande Anzeige, welcher das Weitere veranlaßt.

§ 9. Die Mitgliedschaft hört auf: 1) durch freiwilligen Austritt; 2) durch Nichtzahlung des Beitrages; 3) durch Ausschließung seitens des Ehrenrates.

§ 10. Um jedem unkollegialen Benehmen seiner Mitglieder entgegenzuwirken, erteilt die Vereinigung ihrer Aufnahmekommission die Befugnisse eines Ehrenrates.

Der Ehrenrat leitet seine Geschäfte nach einer ihm von der Vereinigung zu erteilenden Anweisung.

§ 11. Ist ein Mitglied mit dem Spruch des Ehrenrates nicht zufrieden, so steht es demselben zu, Berufung bei der Versammlung einzulegen.

§ 12. Zum Ausschlusse eines Mitgliedes ist es erforderlich, daß wenigstens die Hälfte der Mitglieder der Vereinigung zugegen ist, und daß der Beschluß durch Zweidrittelmehrheit der Anwesenden gefaßt wird. Die Abstimmung ist eine geheime.

Satzungen des Vereins Berliner Kassenärzte mit freier Arztwahl.

§ 1. Der „Verein Berliner Kassenärzte mit freier Arztwahl" besteht aus denjenigen Aerzten als Mitgliedern, welche sich unter Bezugnahme auf den zwischen dem Vorstande einer Krankenkasse und deren Vertrauensärzten abgeschlossenen Vertrag durch einen Revers verpflichtet haben, die Kranken der betreffenden Kasse ärztlich zu behandeln.

Der Verein hat seinen Sitz in Berlin und hat den Zweck, die Tätigkeit seiner Mitglieder bei Ausübung der Kassenpraxis zu überwachen und die Vertrauensärzte bei Erledigung der geschäftlichen Angelegenheiten mit den Krankenkassen zu unterstützen.

Der Verein soll eingetragen werden.

§ 2. Die Mitgliedschaft endigt mit dem Tage, an welchem der Arzt die Kassenpraxis freiwillig aufgibt oder von der Fortsetzung derelben auf Grund der mit den Kassen vereinbarten Verträge ausgeschlossen wird.

§ 3. Jedes Mitglied hat ein Eintrittsgeld von 3 M. zu entrichten. Laufende Beiträge werden nicht erhoben.

§ 4. Der Vorstand besteht aus denjenigen Aerzten, welche als sog. Vertrauensärzte mit den Krankenkassen die im § 1 gedachten Verträge behufs ärztlicher Behandlung ihrer Mitglieder abgeschlossen haben. — Der Vorstand hat das Recht der Kooptation.

§ 5. In der zweiten Hälfte des Februar findet eine ordentliche Generalversammlung statt, in welcher gemäß § 3 der Verträge mit den Kassen von dem Vereinsvorstande Rechnung gelegt wird.

Ferner werden in derselben die Kassenrevisoren für das laufende Jahr gewählt.

Der Vorstand ist befugt, jederzeit eine außerordentliche Generalversammlung zu berufen.

Auf den schriftlichen Antrag von mindestens 30 Mitgliedern hat der Vorstand die Verpflichtung, spätestens binnen 14 Tagen eine solche Generalversammlung zu berufen.

Die Einladungen zu den Generalversammlungen erfolgen durch Aufgabe zur Post.

§ 6. Die Beurkundung der Beschlüsse erfolgt durch Unterschrift dreier Vorstandsmitglieder.

Zum Schlusse dieses Kapitels mögen noch einige Worte über die Stellung der übrigen Aerzte, welche in keinem Verhältnis zu den Krankenkassen stehen, zu diesen und zur Krankenkasse überhaupt Platz finden.

Nach § 6a Absatz 6 des K.V.G. kann die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Aerzte etc. entstehenden Kosten, „von

dringenden Fällen abgesehen", von der Kasse abgelehnt werden. Hieraus ist meistens geschlossen worden, daß bei dringenden Fällen (z. B. Verletzungen, Blutungen, Galleinsteinkolik u. ä.) die Kasse verpflichtet sei, den etwa hinzugezogenen Nichtkassenarzt zu bezahlen. Die Dringlichkeit bezieht sich nach WOEDTKE (l. c. S. 162) nur auf die zeitlichen Umstände, „wenn ohne Gefahr der Verschlimmerung oder einer erheblichen Steigerung oder Verlängerung der Schmerzen nicht bis zum Eintreffen des Kassenarztes gewartet werden kann". Nach der früheren Praxis und auch nach einer Entscheidung des bayrischen Verwaltungsgerichtshofes (zit. bei MUGDAN, 3, S. 137) sind solche Ansprüche von Nichtkassenärzten auch stets mit Erfolg geltend gemacht worden. Eigentlich hat der Versicherte dem Arzte das Honorar zu zahlen und sich dasselbe von der Kasse wiedererstatten zu lassen. Geschieht dies nicht, und wendet sich der Arzt direkt an die Kasse, so stellt er rechtlich den Stellvertreter des Versicherten vor, der die Rechte des Versicherten für sich geltend macht (HAHN, Das K.V.G., S. 212. — REGER-HENLE, Handausgabe des K.V.G., 5. Aufl., S. 225).

In neuerer Zeit, besonders durch Einführung des B.G.B. sind HAHN selbst und auch stellenweise die Gerichte von dieser Auffassung abgewichen. HAHN (Arb.-Vers. XVII, No. 1, 1900, zit. Aerztl. V.Bl. 1900, S. 93) gibt zwar die Verpflichtung der Kasse zur Zahlung in dringlichen Fällen noch zu. Die Höhe des Honorars bestimmt sich nach § 612, 2 des B.G.B., welcher lautet: „Ist die Höhe der Vergütung (bei Dienstleistungen) nicht bestimmt, so ist bei dem Bestehen einer Taxe die taxmäßige Vergütung, in Ermangelung einer Taxe die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen". Dagegen bestreitet HAHN, daß diese Ansprüche nach § 58, I K.V.G. durch die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse entschieden werden können, sondern lediglich im ordentlichen Rechtswege.

Ein neuerdings in Hannover vorgekommener Fall lehrt aber, daß die Gerichte sich nicht immer auf seiten der Aerzte befinden. (Aerztl. V.Bl., 1902, S. 533). Die O.K.K. für den Landkreis Hannover war von einem Arzt, welcher mehreren Mitgliedern dieser Kasse wegen Gefahr im Verzuge, und weil der Kassenarzt nicht rechtzeitig gerufen werden konnte, ärztliche Hilfe geleistet hatte, wegen Honorarzahlung verklagt worden. Das Amtsgericht erkannte die Klage des Arztes in 2 Fällen an, das als Berufungsinstanz fungierende Landgericht jedoch wies die Klage des Arztes als „rechtlich unbegründet" kostenfällig ab. In seiner Begründung verwies das Gericht den Arzt an den Versicherten, gegen den er Ansprüche auf angemessene Honorierung habe. Die Nichtverpflichtung der Kasse zur Zahlung wird mit juristischen Gründen aus dem B.G.B. abgeleitet. Hiernach scheint ein Widerspruch zwischen den Verpflichtungen der Kasse aus § 6a, Absatz 6 des K.V.G. und gewissen Paragraphen des B.G.B. zu bestehen, und es wird den Aerzten, falls die Kassen in solchen Fällen die Zahlung verweigern, nichts übrig bleiben, als sich an die Versicherten persönlich zu halten, diese zu verklagen und es denselben überlassen müssen, von der betreffenden Kasse die erwachsenen Kosten sich ersetzen zu lassen.

In Hamburg pflegen die meisten Kassen derartige Notbesuche anstandslos zu bezahlen. Sie verlangen nur eine Gegenzeichnung der ausgestellten Rechnungen durch einen der von ihnen angestellten Aerzte, um die Dringlichkeit und die Angemessenheit der Forderung zu be-

stätigen. Man kann dies den Kassen, die sich hierdurch in einem Staate, wo keine ärztliche Taxe besteht, vor Ueberforderungen schützen wollen, nicht verdenken. In Staaten mit ärztlicher Taxe entscheidet natürlich diese über die Höhe des Honorars.

Literatur zum IV. Kapitel.

1) **L. Pfeiffer**, *Korresp.-Bl. d. Allg. ärztl. Vereins von Thüringen, 1902, No. 3/4.*
2) **Krug**, *Die Krankenkassen des Großh. Hessen im Jahre 1900, Mainz 1902.*
3) **Mugdan**, *Das Krankenversicherungsgesetz, Leipzig, G. Thieme, 1900.*
4) *Die Stellung der Aerzte bei den Krankenkassen, Denkschrift des D. Ae.-Vbd., Beilage zum Aerzte V.Bl. 490, 1903.*
5) **H. v. Frankenberg**, *Die Stellung der Aerzte in der deutschen Arbeiterversicherung, Annalen d. Deutschen Reiches, München 1902, No. 5, S. 321 ff.*
6) **Thiersch**, *Der Kassenarzt, Leipzig 1895.*
7) **M. Fürst**, *Stellung und Aufgaben des Arztes in der öffentlichen Armenpflege, Jena, G. Fischer, 1903.*

V. Kapitel.

Die Aufgaben des Arztes in der Krankenversicherung.

Wir haben im vorstehenden Kapitel die Stellung des Arztes bei den Krankenkassen besprochen, wobei nicht zu umgehen war, daß wir uns schon hier und da mit seiner Tätigkeit bei denselben beschäftigen mußten. In diesem Kapitel soll nun versucht werden, diese Tätigkeit im einzelnen zu beschreiben, wobei nicht beabsichtigt ist, alle die verschiedenen kleinen Abweichungen, welche die kassenärztliche Tätigkeit bei den verschiedenen Formen der Krankenkassen mit sich bringt, im einzelnen zu schildern. Es handelt sich für unsere Zwecke mehr um die allgemeine ärztliche Tätigkeit bei den Kassen, die für die Aufgaben, welche der Arzt bei denselben zu erfüllen hat, maßgebend ist.

Für die Anforderungen, welche die Kassenmitglieder an ihre Aerzte zu stellen haben, sind die Statuten der Kasse maßgebend. Dieselben enthalten Angaben über die Gewährung der Krankenunterstützung und oft auch Vorschriften für die Mitglieder, wie sie in Erkrankungsfällen zu verfahren haben. Ein derartiges Statut einer Betriebskrankenkasse, die auch Familienmitglieder mitbehandeln läßt und bestimmte Aerzte angestellt hat, ist das folgende[1]):

Auf Grund der §§ 23, 36, 60 des K.V.G. in der Fassung des Gesetzes vom 10. April 1892 wird für die Betriebskrankenkasse auf Beschluß der Generalversammlung das nachstehende revidierte Kassenstatut erlassen. Dasselbe tritt vom . . . . ab an Stelle des bisherigen Kassenstatutes.

§ 1. Name und Sitz der Kasse.

Die seit dem 1. Dezember 1884 für die in dem Betriebe beschäftigten Personen bestehende Krankenkasse, welche auf Grund des § 60 vom 15. Juni 1883 betr. Krankenversicherung errichtet ist, führt den Namen:

Betriebskrankenkasse . . . .

und hat ihren Sitz in . . . .

---

1) Dieses Statut muß infolge der Novelle zum K.V.G. von 1903 einige Abänderungen erfahren, um in Zukunft noch gültig zu sein.

§ 2. Zwangsweise Mitgliedschaft.

Alle in dem Betriebe gegen Gehalt oder Lohn beschäftigten Personen, unter Ausschluß der festangestellten Beamten, gehören mit dem Tage des Eintritts in die Beschäftigung kraft Gesetzes als versicherungspflichtige Mitglieder der Kasse an, sofern die Beschäftigung nicht durch die Natur ihres Gegenstandes oder im voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist.

Befreit von diesem Zwange sind:

a) diätarische Betriebsbeamte, deren Arbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt $6\frac{2}{3}$ M. für den Arbeitstag oder, sofern Lohn oder Gehalt nach größeren Zeitabschnitten bemessen ist, 2000 M., für das Jahr gerechnet, übersteigt;

b) diejenigen Personen, welche den Nachweis erbringen, daß sie Mitglieder einer den Anforderungen des § 75 des K.V.G. genügenden Hilfskasse sind.

Als Gehalt oder Lohn gelten auch Tantièmen und Naturalbezüge.

Auf ihren Antrag sind durch den Kassenvorstand von der Mitgliedschaft zu befreien:

diejenigen Personen, welche infolge von Verletzungen, Gebrechen, chronischen Krankheiten oder Alter nur teilweise oder nur zeitweise erwerbsfähig sind, wenn der unterstützungspfichtige Armenverband der Befreiung zustimmt.

Wird der Antrag auf Befreiung von dem Kassenvorstande abgelehnt, so entscheidet auf Anrufen des Antragstellers die Aufsichtsbehörde endgültig.

Versicherungspflichtige Mitglieder müssen bei der Kasse verbleiben, solange ihre Beschäftigung in dem Betriebe dauert, können aber mit dem Schluß des Rechnungsjahres austreten, wenn sie den Austritt spätestens drei Monate vorher bei dem Vorstande beantragen und vor dem Schluß des Rechnungsjahres nachweisen, daß sie Mitglieder einer den Anforderungen des § 75 des K.V.G. genügenden Hilfskasse geworden sind.

Jedes Mitglied erhält spätestens am ersten Löhnungstage nach seinem Eintritt ein Exemplar dieses Statuts sowie etwaige Anhänge.

§ 3. Freiwillige Mitgliedschaft.

1) Alle nicht versicherungspflichtigen Personen, welche in dem Betriebe beschäftigt sind, unter Ausschluß der festangestellten Beamten, können der Kasse durch schriftliche oder mündliche Anmeldung bei dem Kassenvorstande beitreten, sofern ihr jährliches Gesamteinkommen 2000 M. nicht übersteigt; sie erhalten aber keinen Anspruch auf Unterstützung im Falle einer bereits zur Zeit dieser Anmeldung eingetretenen Erkrankung.

Der Kassenvorstand kann den Gesundheitszustand solcher Personen ärztlich untersuchen lassen und die Aufnahme ablehnen, wenn die Untersuchung eine bereits bestehende Krankheit ergibt.

Ergibt die Untersuchung zwar keine bereits eingetretene Erkrankung, aber einen nicht normalen Gesundheitszustand, so wird der Anspruch auf Krankenunterstützung erst nach Ablauf von 6 Wochen von der bewirkten Anmeldung ab erworben.

Freiwillig beitretende Personen erhalten vom Vorstande spätestens bei der ersten Lohnzahlung nach dem Beginn der Mitgliedschaft eine Bescheinigung über dieselbe mit einem Exemplar dieses Statuts.

2) Kassenmitglieder, welche aus der Beschäftigung ausscheiden und nicht zu einer Beschäftigung übergehen, vermöge welcher sie Mitglieder einer anderen Betriebs- (Fabrik-), einer Orts-, Innungs- oder Baukrankenkasse oder Knappschaftskasse werden, bleiben solange freiwillige Mitglieder, als sie sich im Gebiete des Deutschen Reiches aufhalten, wenn sie ihre dahingehende Absicht binnen einer Woche dem Kassenvorstande anzeigen. Die Zahlung der vollen Kassenbeiträge zum ersten Fälligkeitstermine gilt der ausdrücklichen Anzeige gleich, sofern der Fälligkeitstermin innerhalb der für die letztere vorgeschriebenen einwöchigen Frist liegt.

Die nach dem Ausscheiden aus der Beschäftigung der bei der Kasse verbliebenen Personen können weder Stimmrechte ausüben, noch Kassenämter bekleiden.

3) Die freiwillige Mitgliedschaft erlischt:

a) durch mündliche oder schriftliche Austrittserklärung an den Kassenvorstand,

b) wenn an zwei aufeinander folgenden Zahlungsterminen nicht die vollen Beiträge geleistet werden und eine Stundung derselben, welche bei dem Kassenführer zu beantragen und von dem Vorsitzenden bezw. dem Vorstande zu genehmigen ist, nicht stattgefunden hat.

§ 4. Krankenunterstützung für die im Betriebe beschäftigten Mitglieder.

Als Krankenunterstützung gewährt die Kasse den in dem Betriebe beschäftigten Mitgliedern:

1) vom Beginn der Krankheit ab freie ärztliche Behandlung, freie Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Vorrichtungen oder Heilmittel, welche zur Heilung des Erkrankten oder zur Herstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit nach beendigtem Heilverfahren erforderlich sind, jedoch nur (von dringenden Fällen abgesehen), wenn die Behandlung durch den Kassenarzt stattfindet oder der Erkrankte sich auf Anordnung des Kassenvorstandes in einem Krankenhause befindet. — Brillen und Bruchbänder werden auch in denjenigen Fällen gewährt, in welchen deren Erfordernis zur Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit auch ohne voraufgegangenes Heilverfahren kassenärztlich festgestellt ist. Vorrichtungen oder Heilmittel, die die Aufwendung eines größeren Kostenbetrages erforderlich machen, können, wenn erforderlich, durch Beschluß des Vorstandes gewährt werden.
2) im Falle der Erwerbsunfähigkeit vom zweiten Tage nach dem Tage der Erkrankung ab für jeden Wochentag ein Krankengeld in Höhe von sieben Zehnteln des durchschnittlichen Tagelohnes derjenigen der nachfolgenden Mitgliederklassen, welcher das Mitglied angehört:
   a) sämtliche Diätare, Aufseher, Maschinisten und diesen gleichstehende Personen, deren durchschnittlicher Tagelohn festgesetzt ist auf 4 M.,
   b) sämtliche Arbeiter, einschließlich der Pottmeister, Vorarbeiter etc., deren durchschnittlicher Tagelohn festgesetzt ist auf 3 M.

Findet eine anderweite Feststellung der vorstehenden Sätze durch die höhere Verwaltungsbehörde statt, so treten die neuen Sätze an die Stelle der vorstehenden. Dieselben sind den Mitgliedern bekannt zu machen.

Der Tag der Krankmeldung gilt als Tag der Erkrankung, falls nicht ein früherer Tag zweifellos nachgewiesen wird.

Die Krankenunterstützung wird für die Dauer der Krankheit gewährt; sie endet spätestens:

a) für diejenigen Mitglieder, welche am Tage der Erkrankung der Kasse weniger als 6 Monate angehören, mit dem Ablauf der 13. Woche nach Beginn der Krankheit, im Falle der Erwerbsunfähigkeit (Absatz 1 Ziffer 2) spätestens mit dem Ablauf der 13. Woche nach Beginn des Krankengeldbezuges;
b) für diejenigen Mitglieder, welche am Tage der Erkrankung der Kasse 6 Monate und länger angehören, spätestens mit dem Ablauf eines Jahres nach Beginn der Krankheit, im Falle der Erwerbsunfähigkeit (Absatz 1 Ziffer 2) spätestens mit dem Ablauf eines Jahres nach Beginn des Krankengeldbezuges.

Endet der Bezug des Krankengeldes erst nach Ablauf der 13. Woche (unter a) bezw. nach Ablauf eines Jahres (unter b) nach dem Beginn der Krankheit, so endet mit dem Bezuge des Krankengeldes zugleich auch der Anspruch auf die im Absatz 1 unter Ziffer 1 bezeichneten Leistungen.

§ 5. Krankenunterstützung für nicht im Betriebe beschäftigte Mitglieder.

Mitglieder, welche nach ihrem Ausscheiden aus dem Betriebe bei der Kasse verbleiben (§ 3 Ziffer 2), erhalten als Krankenunterstützung:

1) solange sie sich im Bezirke der Kasse aufhalten, Unterstützung nach § 4 nach derjenigen Mitgliederklasse, welcher sie vor ihrem Ausscheiden zuletzt angehört haben;
2) wenn sie sich nicht im Bezirke der Kasse aufhalten, unter Wegfall der Unterstützung nach § 4 Absatz 1 Ziffer 1 die Hälfte, und im Falle der Erwerbsunfähigkeit den anderthalbfachen Betrag des wie vorstehend zu bemessenden Krankengeldes oder nach Wahl des Vorstandes die im vorhergehenden Absatz 1 vorgesehene Unterstützung durch die für ihren Wohnort zuständige Ortskrankenkasse oder Gemeindekrankenversicherung für Rechnung der Betriebskrankenkasse;
3) die Unterstützung für erkrankte Familienangehörige nach Maßgabe des § 7.

§ 6. Verpflegung im Krankenhause.

Der Vorstand kann an Stelle der Krankenunterstützung der §§ 4 und 5 freie Kur und Verpflegung im Krankenhause gewähren, und zwar:

1) für diejenigen Mitglieder, welche verheiratet sind oder eine eigene Haushaltung haben oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung; unabhängig von derselben aber dann, wenn die Art ihrer Krankheit Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, welchen in der Familie des Erkrankten nicht genügt werden kann, oder wenn die Krankheit eine ansteckende ist, oder wenn der Erkrankte wiederholt den im letzten Absatz des § 10 erwähnten Vorschriften zuwidergehandelt hat, oder wenn dessen Zustand oder Verhalten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert;
2) für sonstige Erkrankte unbedingt.

Hat der in einem Krankenhause Untergebrachte Angehörige, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, so ist neben der freien Kur und Verpflegung die Hälfte des in den §§ 4 und 5 als Krankengeld festgesetzten Betrages für diese Angehörigen zu zahlen. Die Zahlung kann unmittelbar an die Angehörigen erfolgen.

Hat der in einem Krankenhause Untergebrachte keine solchen Angehörigen, so erhält derselbe neben freier Kur und Verpflegung ein Krankengeld in Höhe eines Zehntels des der Bemessung zu Grunde liegenden durchschnittlichen Tagelohnes.

§ 7. Unterstützung erkrankter Familienangehöriger.

Für die Familienangehörigen der Kassenmitglieder wird, vorausgesetzt, daß sie nicht selbst dem Versicherungszwange unterliegen, im Erkrankungsfalle vom Beginn der Krankheit ab und längstens für die Dauer eines Jahres freie ärztliche Behandlung durch den Kassenarzt gewährt, jedoch mit Ausschluß von größeren Operationen und nur dann, und solange die Erkrankten sich in der Wohnung des Mitgliedes befinden. Ein Wochenbett ist im Sinne dieser Bestimmung als Erkrankungsfall nicht anzusehen.

Als Familienangehörige sind anzusehen:

a) die Ehefrau oder die an deren Stelle den Haushalt führende nähere Verwandte (z. B. Tochter, Mutter, Schwester);
b) Kinder bis zur Beendigung der gesetzlichen Schulpflicht;
c) ältere, jedoch gänzlich erwerbsunfähige Kinder;
d) Eltern und Schwiegereltern, deren Unterhalt von dem Kassenmitgliede nachweislich ganz oder größtenteils aus seinem Arbeitsverdienste bestritten wird.

Für ärztliche Geburtshilfe bei der Ehefrau eines Mitgliedes, vorausgesetzt, daß diese nicht selbst einer auf Grund gesetzlicher Vorschrift errichteten Krankenkasse angehört, gewährt die Kasse dem Kassenarzt auf dessen Bescheinigung, daß die Hebamme nicht im stande gewesen ist, die Geburt zu Ende zu führen, ein Honorar von 15 M. Derselbe Betrag wird auch gewährt, wenn bei Verhinderung des Kassenarztes ein anderer Arzt hinzugezogen werden mußte. Hebammengebühren werden bei der Niederkunft der Ehefrau eines Mitgliedes in keinem Falle gewährt.

§ 8. Gewährung der Krankenunterstützung durch bestimmte Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser.

Die im § 6 vorgesehene Kur und Verpflegung erfolgt in dem von der Kasse bestimmten Krankenhause. Soweit die Erkrankten nicht in das Krankenhaus aufgenommen sind, wird denselben die ärztliche Behandlung durch den Kassenarzt des Bezirkes, in welchem der Erkrankte seinen Wohnsitz hat, gewährt. Die Lieferung der Arznei erfolgt durch alle Apotheken im Bezirke der Kasse. Brillen, Bruchbänder und sonstige Heilmittel, soweit die Kasse solche gewährt, werden von derselben nur auf Grund der kassenärztlichen Verordnung angewiesen. Die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Aerzte und Krankenhäuser, oder durch Selbstbeschaffung von Brillen, Bruchbändern und sonstigen Heilmitteln entstandenen Kosten kann, von dringenden Fällen abgesehen, abgelehnt werden.

§ 9. Zahlung des Krankengeldes.

Die Auszahlung des Krankengeldes erfolgt wöchentlich am Sonnabend für die mit diesem Tage abgelaufene Woche, auf Grund eines ärztlichen Attestes. Fällt der Sonnabend nicht auf einen Werktag, so erfolgt die Zahlung am nächstvorhergehenden Werktage. In dem ersten Krankenattest ist der Tag der Erkrankung, in dem letzten der Tag des Wiedereintrittes der Erwerbsfähigkeit anzugeben.

Wird der Erkrankte auf Anordnung der Kasse in einem Krankenhause verpflegt (§ 6), so bedarf es während der Dauer des Aufenthaltes daselbst der Beibringung des ärztlichen Attestes nicht. Der Tag der Entlassung aus dem Krankenhause gilt — sofern bei derselben nicht noch eine bestimmte Schonungszeit ärztlich für geboten erklärt worden ist — als Endtermin der Krankenunterstützung, falls nicht vom Kassenarzt eine weitere Dauer der Krankheit bescheinigt wird.

§ 10. Allgemeine Pflichten der Mitglieder bei Krankheitsfällen.

Jede Erkrankung muß alsbald dem Kassenführer oder an den sonst dafür bestimmten Stellen angemeldet werden.

Dem Anmeldenden wird ein Formular für einen ärztlichen Krankenschein, in welchem der Name des Kranken sowohl, wie der Name des zuständigen Arztes ausgefüllt ist, verabfolgt, welches als Legitimation beim Kassenarzte dient.

Behufs Erlangung des Krankengeldes muß das Mitglied ein vom Kassenarzte ausgestelltes Attest vorzeigen, in welchem Beginn und Dauer der Erwercsunfähigkeit bescheinigt werden.

Sobald ein Mitglied, welches Krankengeld bezieht, wieder erwerbsfähig wird, oder sobald der Arzt eine erkrankte Person für genesen erklärt, ist dem Kassenführer hiervon Anzeige zu erstatten.

Die Mitglieder sind verpflichtet, sich von demjenigen Arzte behandeln zu lassen, welchem sie vom Vorstande zugewiesen sind. Die Behandlung durch einen anderen Arzt ist — von dringenden Fällen abgesehen — nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Vorstandes zulässig. Diese Genehmigung ist nicht erforderlich, wenn der behandelnde Arzt Kassenarzt einer anderen Krankenkasse ist, welcher der Erkrankte ebenfalls angehört.

Die Kassenmitglieder sind verpflichtet, die durch Beschluß der Generalversammlung erlassenen Vorschriften (vergl. § 33 Absatz 1 Ziffer 5 und Absatz 4) über die Krankenmeldung, das Verhalten der Kranken und die Krankenaufsicht (Krankenkontrolle), sowie die Anordnungen des behandelnden Arztes zu befolgen. Zuwiderhandlungen ziehen Ordnungsstrafen bis zu 20 M. nach sich.

§ 11. Besondere Pflichten der aus dem Betriebe ausgeschiedenen Mitglieder in Krankheitsfällen.

An Mitglieder der im § 3 Ziffer 2 bezeichneten Art, welche sich nicht im Bezirke der Kasse aufhalten, erfolgt, falls die Leistung der statutarischen Unterstützung nicht an die Ortskrankenkasse oder Gemeindekrankenversicherung des Wohnortes übertragen worden ist, die Auszahlung des Krankengeldes gegen kostenlose Einlieferung eines von einem approbierten Arzte ausgestellten Krankenscheines, in welchem die Zahl der Tage, während welcher der Erkrankte erwerbsunfähig war, und erstmalig auch der Tag der Erkrankung angegeben sein muß.

Dem erstmaligen Krankenscheine ist eine Bescheinigung der Gemeindebehörde des Aufenthaltsortes darüber beizufügen, daß der Erkrankte nicht vermöge seiner derzeitigen Beschäftigung gesetzlich einer anderen Krankenkasse oder der Gemeinde-Krankenversicherung angehört, und ob er tatsächlich einer anderen Krankenkasse oder der Gemeinde-Krankenversicherung beigetreten ist.

Das Krankengeld ist bei der Kasse durch einen Bevollmächtigten zu erheben, sofern das Mitglied nicht bei Einsendung des Krankenscheines die Uebersendung des Krankengeldes durch Postanweisung auf seine Kosten beantragt.

Der Vorstand ist befugt, die im Absatz 2 bezeichnete Bescheinigung auch von den im § 3 Ziffer 2 bezeichneten Mitgliedern, welche sich im Bezirke der Kasse aufhalten, vor der Auszahlung des Krankengeldes zu fordern.

§ 12. Bestimmungen bezüglich der Doppelversicherung.

Jedes Mitglied der Betriebskrankenkasse darf nur noch einer anderen Versicherung gegen Krankheit angehören.

Die Mitglieder sind bei Vermeidung einer Ordnungsstrafe bis zu 20 M. verpflichtet, andere von ihnen eingegangene Versicherungsverhältnisse, aus welchen ihnen Ansprüche auf Krankenunterstützung zustehen, sofern sie zur Zeit des Eintrittes in die Kasse bereits bestanden, binnen einer Woche nach dem Eintritt, sofern sie später abgeschlossen werden, binnen einer Woche nach dem Abschlusse, dem Kassenvorstande anzuzeigen.

§ 13. Sonstige Beschränkungen der Krankenunterstützung.

Mitgliedern, welche sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln, durch Trunkfälligkeit oder geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben, wird für die Dauer dieser Krankheit das in den §§ 4 und 5 und Absatz 3 des § 6 festgesetzte Krankengeld nicht gewährt.

Mitgliedern, welche von der Kasse eine Krankenunterstützung ununterbrochen für ein Jahr bezogen haben, wird bei Eintritt eines neuen Unterstützungsfalles, sofern dieser durch die gleiche nicht gehobene Krankheitsursache veranlaßt worden ist, im Laufe der nächsten 26 neben den im § 4 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen das Krankengeld der §§ 4 und 5 nur für die Gesamtdauer von 13 Wochen gewährt.

§ 14. Herabsetzung der Kassenleistungen.

Abänderungen des gegenwärtigen Statuts, durch welche die bisherigen Kassenleistungen herabgesetzt werden, finden auf solche Mitglieder, welchen bereits zur Zeit der Abänderung ein Unterstützungsanspruch wegen eingetretener Krankheit zusteht, für die Dauer dieser Krankheit keine Anwendung.

§ 15. Sterbegeld.

Für den Todesfall eines Mitgliedes gewährt die Kasse ein Sterbegeld im vierzigfachen Betrage des für die Bemessung des Krankengeldes nach den §§ 4 und 5 maßgebenden durchschnittlichen Tagelohnes.

Verstirbt ein als Mitglied der Kasse Erkrankter nach Beendigung der Krankenunterstützung, so ist das Sterbegeld zu gewähren, wenn die Erwerbsunfähigkeit bis zum Tode fortgedauert hat und der Tod infolge derselben Krankheit vor Ablauf eines Jahres nach Beendigung der Krankenunterstützung eingetreten ist.

Beim Tode der Ehefrau eines Mitgliedes wird, falls dieselbe nicht selbst in einem gesetzlichen Versicherungsverhältnisse gestanden hat, auf Grund dessen ihren Hinterbliebenen ein Anspruch auf Sterbegeld zusteht, ein Sterbegeld, und zwar im Betrage von zwei Dritteln des für das Mitglied festgestellten Sterbegelder gewährt, unter Anwendung der im Absatz 1 unter a und b festgesetzten Bestimmungen.

Der Anspruch einer zum Sterbegelde berechtigten Witwe erlischt, sobald dieselbe eine neue Ehe eingeht oder die im § 17 festgesetzten Beiträge an zwei aufeinander folgenden Zahlungsterminen nicht bezahlt hat, oder wenn dieselbe der öffentlichen Armenpflege anheimfällt.

Vom Sterbegelde wird gegen Einlieferung der standesamtlichen Sterbeurkunde, welche bei genügender Legitimation von den Standesämtern gebührenfrei erteilt wird, der zur Deckung der Begräbniskosten aufgewendete Betrag demjenigen ausgezahlt, welcher das Begräbnis besorgt. Ein etwaiger Ueberschuß ist dem hinterbliebenen Ehegatten, in Ermangelung eines solchen den nächsten Erben, auszuzahlen. Sind solche Personen nicht vorhanden, so verbleibt der Ueberschuß der Kasse.

§ 16. Unterstützung bei Erwerbslosigkeit.

Mitgliedern, welche infolge eintretender Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausscheiden und sich im Gebiete des Deutschen Reiches aufhalten, verbleibt für ihre Person der Anspruch auf Krankenunterstützung und Sterbegeld in solchen Unterstützungsfällen, welche während der Erwerbslosigkeit und innerhalb eines Zeitraumes von 3 Wochen nach dem Ausscheiden aus der Kasse eintreten, wenn diese Personen vor ihrem Ausscheiden mindestens 3 Wochen ununterbrochen einer auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes errichteten Krankenkasse angehört haben.

In Fällen dieser Art wird die Krankenunterstützung bis zur Dauer von 13 Wochen nach näherer Bestimmung des § 6 Absatz 2 des Gesetzes, das Krankengeld im Betrage der Hälfte des der Bemessung zu Grunde liegenden durchschnittlichen Tagelohnes, das Sterbegeld im zwanzigfachen Betrage dieses Lohnsatzes gewährt und gelten für diejenigen Personen, welche sich nicht im Bezirk der Kasse aufhalten, die im § 5 Absatz 2 getroffenen Bestimmungen.

§ 17. Beiträge.

Die Beiträge werden bis auf weiteres festgesetzt auf $3^{1}/_{2}$ Proz. des durchschnittlichen Tagelohnes (§ 4 Ziffer 2) und betragen also wöchentlich:

a) für sämtliche Diätare, Aufseher, Maschinisten und diesen gleichstehende Personen . . . . M. 0,84
b) für sämtliche Arbeiter, einschließlich der Pottmeister, Vorarbeiter etc. „ 0,63

wovon die im Arbeitsverhältnis stehenden versicherungspflichtigen Mitglieder 0,56 M. bezw. 0,42 M. zu tragen haben.

Die Beiträge sind an jedem Löhnungstage für die abgelaufene Löhnungsperiode für die beschäftigten versicherungspflichtigen Mitglieder zur Kasse abzuführen. Die übrigen Mitglieder haben dieselben in vierwöchentlichen Terminen pränumerando dem Boten einzuhändigen oder kostenfrei bei dem Kassenführer einzuzahlen.

Bezüglich der Beitragspflicht wird jede Woche einer Löhnungsperiode, ohne Rücksicht auf etwaige Feiertage, oder auf einzelne Tage, an welchen der Betrieb ruhte, zu 6 Arbeitstagen gerechnet, und werden die Beiträge tageweise berechnet.

Im Falle der Erwerbsunfähigkeit werden für die Dauer der Krankenunterstützung Beiträge nicht entrichtet.

§ 18. Bei jeder regelmäßigen Lohnzahlung werden den versicherungspflichtigen Mitgliedern zwei Drittel der für sie gezahlten Beiträge in Abzug gebracht, soweit sie auf die Lohnzahlungsperiode anteilsweise entfallen.

§ 19. Sonstige Einnahmen der Kasse.

Außer etwaigen freiwilligen Zuwendungen, den auf grund der Arbeitsordnungen, Gewerbeordnung und anderer gesetzlichen Bestimmungen ihr zufallenden Beträgen fließen in die Kasse insbesondere die auf Grund dieses Statuts vom Vorstande festgesetzten Strafgelder.

§ 20. Besondere Rechte der Kasse.

Die Kasse kann unter ihrem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen, vor Gericht klagen und verklagt werden.

Für alle Verbindlichkeiten der Kasse haftet dem Kassengläubiger nur das Vermögen der Kasse.

Die den Unterstützungsberechtigten gegen die Kasse zustehenden Forderungen können mit rechtlicher Wirkung weder verpfändet, noch übertragen, noch für andere als die im § 749 Absatz 4 der Zivilprozeßordnung bezeichneten Forderungen der Ehefrau und ehelichen Kinder und die des ersatzberechtigten Armenverbandes gepfändet werden; sie dürfen nur auf geschuldete Beiträge, welche von dem Mitgliede selbst einzuzahlen waren, sowie auf Geldstrafen, welche dasselbe durch Zuwiderhandlungen gegen die im letzten Absatz des § 10 und im zweiten Absatz des § 12 erwähnten Vorschriften verwirkt hat, aufgerechnet werden.

§ 21. Kassenführung und Rechnungslage.

Die .... bestellt unter ihrer Verantwortlichkeit und auf ihre Kosten einen Rechnungs- und Kassenführer, welcher die gesamte Rechnungs- und Kassenführung wahrzunehmen hat.

Die Einnahmen und Ausgaben der Kasse sind von allen den Zwecken der Kasse fremden Vereinnahmungen und Verausgabungen getrennt festzustellen; ihre Bestände sind gesondert zu verwahren.

Der Rechnungs- und Kassenführer hat über alle Einnahmen und Ausgaben der Kasse die durch etwa erlassene Instruktionen und sonstige Anordnungen der Aufsichtsbehörde und des Vorstandes vorgeschriebenen Kassenbücher und Kontrollen zu führen, welche stets vollständig berichtigt sein müssen, so daß der Bestand nach denselben jederzeit richtig aufgenommen werden kann. Er hat für den pünktlichen Eingang aller der Kasse zustehenden Einnahmen zu sorgen und nötigenfalls dem Vorstand behufs weiterer Verfolgung der Ansprüche Anzeige zu erstatten. Er stellt den jährlichen Rechnungsabschluß und die vorgeschriebenen Uebersichten über die Mitglieder, über Krankheits- und Sterbefälle, über die vereinnahmten Beiträge und die geleisteten Unterstützungen auf, welche sämtlich vom Vorstand geprüft und festgestellt und der Behörde für Krankenversicherung eingereicht werden.

Für die versicherungspflichtigen Mitglieder der Kasse liegt dem Kassenführer ferner die Einziehung der Beiträge zur Invaliditäts- und Altersversicherung, die Verwendung und Entwertung der betr. Quittungsmarken, sowie die erste Ausstellung und der Umtausch der Quittungskarten und die Ersetzung verlorener, unbrauchbar gewordener oder zerstörter Quittungskarten durch neue Quittungskarten nach Maßgabe der §§ 3 und 4 der Bekanntmachung .... ob.

§ 22. Anlage der Kassengelder.

In der Kasse muß zur Deckung der laufenden Ausgaben stets ein entsprechender Barbestand vorhanden sein, welcher jedoch der Regel nach den Betrag einer Monatsausgabe nicht übersteigen darf. Die hierüber hinausgehenden Bestände müssen auf den Namen der Kasse entweder in pupillarisch sicheren Hausposten oder bei der Sparkasse auf ein besonderes unveräußerliches Sparkassenbuch für den Betriebsfonds belegt werden.

Zur Erhebung, sowie zur Belegung von Kassengeldern sind nur die vom Vorstande beauftragten Personen berechtigt.

§ 23. Reservefonds.

Die Kasse hat einen Reservefonds im Mindestbetrage der durchschnittlichen Jahresausgabe der letzten 3 Jahre anzusammeln und erforderlichen Falls bis zu dieser Höhe zu ergänzen. Solange der Reservefonds diesen Betrag nicht erreicht, ist demselben mindestens ein Zehntel des Jahresbetrages der Kassenbeiträge zuzuführen. Der Reservefonds ist getrennt von den übrigen Barbeständen der Kasse zu belegen.

§ 24. Erhöhung der Beiträge und Ermäßigung der Kassenleistungen.

Ergibt sich aus den Jahresabschlüssen, daß die Einnahmen der Kasse zur Deckung ihrer Ausgaben einschließlich der Rücklagen zur Ansammlung und Ergänzung des Reservefonds nicht ausreichen, so müssen entweder die Kassenleistungen bis auf den Mindestbetrag des § 20 des Krankenversicherungsgesetzes gemindert oder die Beiträge bis auf $4^1/_2$ Proz. des durchschnittlichen Tagelohnes (§ 4) erhöht werden. Dabei sind die Vorschriften des § 32 Absatz 7 zu beachten.

Werden die gesetzlichen Mindestleistungen der Kasse durch die Beiträge, nachdem diese insgesamt $4^1/_2$ Proz. des durchschnittlichen Tagelohnes (§ 4) erreicht haben, nicht gedeckt, so hat die .... die zur Deckung derselben erforderlichen Zuschüsse aus eigenen Mitteln zu leisten, für welche Zuschüsse sie auch bei späterem besseren Stand der Kasse keine Rückerstattung fordern kann.

§ 25. Ermäßigung der Beiträge und Erhöhung der Kassenleistungen.

Ergibt sich aus den Jahresabschlüssen, daß die Jahreseinnahmen die Jahresausgaben übersteigen, so ist, falls der Reservefonds das Doppelte des vorgeschriebenen Mindestbetrages erreicht hat, entweder eine Ermäßigung der Beiträge oder eine Erhöhung oder Erweiterung der Kassenleistungen herbeizuführen.

§ 26. Allgemeine Bestimmungen über Beiträge und Kassenleistungen.

Die Mitglieder sind der Kasse gegenüber lediglich zu den durch dieses Statut festgestellten Beiträgen verpflichtet. Andere Beiträge dürfen von ihnen nicht erhoben werden.

Zu anderen Zwecken als den statutenmäßigen Unterstützungen, der statutenmäßigen Ansammlung und Ergänzung des Reservefonds und der Deckung der Verwaltungskosten, soweit diese nicht gesetzlich von . . . . zu tragen sind, dürfen Verwendungen aus dem Vermögen der Kasse nicht erfolgen.

§ 27. Organe der Kasse.

Organe der Kasse sind der Vorstand und die Generalversammlung.

§ 28. Zusammensetzung des Vorstandes.

Der Vorstand des Kasse besteht:

a) aus einem Vertreter der . . . . als Vorsitzendem und dem Kassenführer, welcher zugleich für die laufenden Geschäfte Stellvertreter des Vorsitzenden ist; beide werden von der . . . . ernannt;

b) aus 5 von der Generalversammlung ohne Mitwirkung des Vertreters der . . . . aus der Mitte der stimmberechtigten Kassenmitglieder auf die Dauervon 2 Jahren gewählten Beisitzern.

Die Wahl der Beisitzer ist geheim und erfolgt durch verdeckte Stimmzettel in der Weise, daß jeder Wählende so viele Namen aufschreibt, wie Vorstandsmitglieder zu wählen sind. Gewählt sind diejenigen, welche die meisten Stimmen erhalten. Stimmen, welche auf nicht Wählbare fallen oder die Gewählten nicht deutlich bezeichnen, werden nicht mitgezählt. Bei Stimmengleichheit entscheidet das vom Vorsitzenden zu ziehende Los.

Die Wahl wird im Auftrage des Vorstandes von dessen Vorsitzendem geleitet.

Die Ablehnung der Wahl zum Vorstandsmitgliede ist aus denselben Gründen zulässig, aus welchen das Amt eines Vormundes abgelehnt werden kann. Die Wahrnehmung eines auf Grund der Unfallversicherung und der Invaliditätsversicherung übernommenen Ehrenamts steht der Führung einer Vormundschaft gleich. Eine Wiederwahl kann nach mindestens 2-jähriger Amtsführung für die nächste Wahlperiode abgelehnt werden. Kassenmitgliedern, welche eine Wahl ohne gesetzlichen Grund ablehnen, kann auf Beschluß der Generalversammlung für bestimmte Zeit, jedoch nicht über die Dauer der Wahlperiode, das Stimmrecht in der Generalversammlung entzogen werden.

Jedes Jahr scheiden abwechselnd 3 und 2 Beisitzer aus. Die Neuwahl findet im November statt. Die Gewählten treten ihr Amt am 1. Januar des folgenden Jahres an. Bis zum Eintritt derselben haben die Ausscheidenden ihr Amt weiter zu führen.

Scheiden mehr wie 2 Beisitzer vor Ablauf ihrer Amtsdauer aus, so muß alsbald eine Generalversammlung zur Ersatzwahl für alle ausgeschiedenen Beisitzer berufen werden. Die Amtsdauer der Ersatzmänner erlischt mit dem Jahre, mit welchem diejenige der ausgeschiedenen Beisitzer erloschen sein würde.

Ueber jede Wahlverhandlung ist ein Protokoll aufzunehmen.

Der Vorstand hat über jede Aenderung in seiner Zusammensetzung und über das Ergebnis jeder Wahl der Behörde binnen einer Woche Anzeige zu erstatten.

§ 29. Rechte und Pflichten des Vorstandes.

Der Vorstand vertritt die Kasse gerichtlich und außergerichtlich. Diese Vertretung erstreckt sich auch auf diejenigen Geschäfte und Rechtshandlungen, für welche nach den Gesetzen eine Spezialvollmacht erforderlich ist.

Verträge werden namens der Kasse vor dem Vorsitzenden des Vorstandes und zwei Beisitzern vollzogen. Bei allen übrigen Rechtsgeschäften und Erklärungen vertritt der Vorsitzende den Vorstand nach außen. Gerichtliche Zustellungen an den Vorstand sind dem Vorsitzenden desselben oder dem Kassenführer zu machen. Die Legitimation des Vorstandes oder seines Vorsitzenden bei allen Rechtsgeschäften wird durch eine Bescheinigung der Behörde bewirkt.

Der Vorstand verwaltet alle Angelegenheiten der Kasse, soweit dieselben nicht durch Gesetz oder Statut ausdrücklich der Generalversammlung übertragen sind.

Der Vorsitzende beruft den Vorstand, so oft dies die Lage der Geschäfte erfordert, jedoch ist er zur Anberaumung einer Sitzung verpflichtet, wenn mindestens 3 der Beisitzer unter Angabe des Grundes schriftlich darauf antragen. Der Vorsitzende kann ein Vorstandsmitglied, welches ohne genügende Entschuldigung aus der Vorstandsitzung wegbleibt, oder zu spät erscheint, in eine Ordnungsstrafe bis zu 3 M. nehmen. Der Vorstand ist beschlußfähig, wenn der Vorsitzende oder sein Stellvertreter und mindestens 3 Beisitzer anwesend sind. Die Beschlüsse werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefaßt, bei Stimmengleicheit entscheidet der Vorsitzende. Die Beschlüsse sind in einem besonderen Buche zu protokollieren.

Jedem Vorstandsmitgliede steht das Recht zu, sich durch Krankenbesuche von dem Gesundheitszustande der als krank gemeldeten Person zu überzeugen. Der Vorsitzende leitet außerdem den Verkehr der Kasse mit den Aerzten und erteilt den letzteren nach Anordnung des Vorstandes die geeigneten Anweisungen.

Die Vorstandsmitglieder versehen ihr Amt als Ehrenamt unentgeltlich; bare Auslagen werden ihnen von der Kasse ersetzt.

Die Mitglieder des Vorstandes haften der Kasse für pflichtmäßige Verwaltung wie Vormünder ihren Mündeln.

Der Vorstand hat die vom Kassenführer aufgestellte Jahresrechnung festzustellen, mit allen Belägen dem Revisionsausschuß (§§ 32 Absatz 2 Ziffer 1 und § 33 Absatz 1 Ziffer 1) zur Prüfung vorzulegen und spätestens bis zum 1. April des nächsten Jahres die Abnahme der Jahresrechnung bei der Generalversammlung zu beantragen, außerdem jährlich mindestens vier Mal eine unvermutete Revision der Kassen- und Geschäftsführung, wobei auch auf eine Uebereinstimmung des Vermögensbestandes der Betriebskrankenkasse mit den Kassenbüchern zu achten ist, vorzunehmen, welche vom Vorsitzenden anzuordnen und zu leiten ist.

§ 30. Kassenbote.

Der bei Errichtung der Kasse übernommene Bote der ehemaligen Krankenlade verbleibt auch ferner in seinem bisherigen Amte und im Bezuge seiner Einkünfte. Er hat außer den vorkommenden Botendiensten die nicht im Krankenhause befindlichen Kranken mindestens einmal wöchentlich zu besuchen, die Zeit des Besuches auf dem in Händen des Kranken befindlichen Formular für das Krankenattest zu vermerken, und, wenn er Ordnungswidrigkeiten wahrnehmen sollte, durch welche die Interessen der Kasse geschädigt werden können, dem Vorstande Anzeige zu machen. Zu den Kosten der Besoldung des Boten zahlt die Kasse einen Beitrag von M. 600 pro Jahr.

Bei eintretender Vakanz ist von der Generalversammlung zu beschließen, ob und unter welchen Bedingungen abermals ein Bote anzustellen ist.

§ 31. Zusammensetzung der Generalversammlung.

Die Generalversammlung besteht:

aus Vertretern der Kassenmitglieder und einem Vertreter der . . . .

Für die Wahl der ersteren werden sämtliche Kassenmitglieder in 7 Abteilungen eingeteilt.

Für jede Abteilung wird in gesonderter Wahlhandlung auf je 50 Mitglieder ein Vertreter gewählt. Ist die Zahl der Mitglieder nicht durch 50 teilbar, so ist für die überschießende Zahl, wenn dieselbe 25 oder mehr beträgt, ein weiterer Vertreter zu wählen.

Die Zahl der von jeder Abteilung zu wählenden Vertreter ist bei der Berufung der Wahlversammlung anzugeben.

Wahlberechtigt und wählbar sind die großjährigen, im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befindlichen Kassenmitglieder, mit Ausnahme derjenigen, welche der Kasse auf Grund des § 3 Ziffer 2 angehören.

Die Wahl erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen im § 28 Absatz 2 und 3 und wird für die Abteilungen 1—6 von Beamten der Kasse, für die Abteilung 7 von dem Kassenführer geleitet.

Am Schlusse jedes Kalenderjahres scheidet die Hälfte der Vertreter aus. Die Neuwahlen finden im November für das folgende Kalenderjahr statt.

Scheidet ein Vertreter vor Ablauf seiner Amtsdauer aus, so findet durch die Abteilung, von welcher er gewählt war, für die übrige Zeit der Amtsdauer eine Neuwahl statt.

In der Generalversammlung führt jeder Vertreter der Kassenmitglieder eine Stimme. Der Vertreter der . . . . führt für je 2 zur Generalversammlung gewählte Vertreter eine Stimme.

Jedes Mitglied ist berechtigt, Anträge zur Generalversammlung zu stellen, jedoch müssen dieselbe spätestens bis Ende Oktober resp. Ende Februar dem Vorstande schriftlich mitgeteilt werden.

§ 32. Geschäftsordnung der Generalversammlung.

Die Generalversammlung wird vom Vorstande unter Angabe der Verhandlungsgegenstände mindestens 3 Tage vorher berufen.

Ordentliche Generalversammlungen finden statt:

1) im November jeden Jahres zur Vornahme der Wahl des Revisionsausschusses und der erforderlichen Neuwahlen für den Vorstand,
2) im März jeden Jahres zur Beschlußfassung über die Abnahme der Jahresrechnung.

Außerordentliche Generalversammlungen beruft der Vorstand nach Bedürfnis.

Jede vorschriftsmäßig berufene Generalversammlung ist beschlußfähig.

Die Leitung der Generalversammlung steht dem Vorsitzenden des Vorstandes, als Vertreter der . . . . zu.

Beschlüsse der Generalversammlung werden, soweit für einzelne Gegenstände durch dieses Statut nicht etwas anderes bestimmt ist, mit einfacher Stimmenmehrheit der in der Versammlung vertretenen Stimmen gefaßt. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.

Getrennt von der Vertretung der . . . . und den Vertretern der Kassenmitglieder muß Beschluß gefaßt werden, wenn es sich handelt:

a) um eine Erhöhung der Gesamtbeiträge über 3 Proz. desjenigen Betrages, nach welchem die Unterstützungen zu bemessen sind (§ 4), sofern diese Erhöhung nicht zur Deckung der gesetzlichen Mindestleistungen erforderlich ist (§ 31 des Gesetzes);
b) um die Gewährung des Krankengeldes schon vom Tage des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ab sowie für Sonn- und Festtage (§ 21 Absatz 1 Ziffer 1a des Gesetzes), sofern der Betrag des gesetzlich vorgeschriebenen Reservefonds nicht erreicht ist.

§ 33. Obliegenheiten der Generalversammlung.

Außer den von ihr vorzunehmenden Wahlen zum Vorstande liegt der Generalversammlung ob:

1) Abnahme der Jahresrechnung und die Wahl eines Revisionsausschusses von 3 Personen, welche nicht Kassenmitglieder zu sein brauchen, zur Prüfung der Jahresrechnung.
2) Beschlußnahme über die Verfolgung von Ansprüchen, welche der Kasse gegen Vorstandsmitglieder aus deren Amtsführung erwachsen, und die Wahl der damit zu beauftragenden Personen.
3) Beschlußnahme über Abänderung des Statuts, namentlich auch über Abänderung der Unterstützungen und Beiträge, soweit sie nicht statutmäßig infolge einer veränderten Festsetzung der durchschnittlichen Tagelöhne eintreten.
4) Beschlußnahme über Anträge der . . . . auf Auflösung der Kasse.
5) Beschlußnahme über Vorschriften, betreffend die Krankenmeldung, das Verhalten der Kranken und die Krankenaufsicht.

Bei der Beschlußnahme und bei den Wahlen zu 1 und 2 ruhen die Stimmen des Vertreters der . . . . Im übrigen finden auf die Vornahme dieser Wahlen die Bestimmungen im § 28 Absatz 2 mit der Maßnahme Anwendung, daß die Wahl, wenn von keinem der Stimmberechtigten Widerspruch erhoben wird, durch Akklamation vorgenommen werden kann.

Die Auflösung der Kasse, sowie die Abänderung des Statuts kann nur mit zwei Dritteln der vertretenen Stimmen beschlossen werden.

Die gemäß Absatz 1 Ziffer 5 beschlossenen Vorschriften bedürfen der Genehmigung der Behörde und sind den Mitgliedern bekannt zu machen.

§ 34. Beaufsichtigung der Kasse.

Die Aufsicht über die Kasse wird unter Oberaufsicht der . . . . von der Behörde wahrgenommen.

Beschwerden über den Vorstand sind an die Behörde zu richten.

Vorschriften für die Mitglieder der Betriebskrankenkasse über die Krankenmeldung, das Verhalten der Kranken und die Krankenaufsicht.

§ 1. Jeder Erkrankungsfall, für welchen die Unterstützung der Kasse in Anspruch genommen werden soll, ist vor der Inanspruchnahme des Arztes zu melden

behufs Entgegennahme eines Krankenscheines, welcher außer dem Namen des Erkrankten auch den Namen des zuständigen Arztes enthält und diesem gegenüber als Ausweis dient.

Diese Meldung wird beschafft:

1) für die an den Bureaus beschäftigten sowie für die sonstigen im § 4 Ziffer 2 unter a des Statuts bezeichneten Mitglieder bei den Bauschreibern,
2) für die Pottmeister, Vorarbeiter und Arbeiter bei den Aufsehern,
3) für die freiwilligen und für die übernommenen Mitglieder bei dem Kassenführer,
4) für Familienangehörige bei dem Kassenführer, unter Vorzeigung der betreffenden Personalpapiere (Heiratsurkunde, Geburtsurkunde oder Taufschein etc.), jedoch können diese Meldungen auch durch Vermittelung der unter 1 und 2 bezeichneten Beamten erfolgen.

In Notfällen und bei Gefahr im Verzuge kann der Kassenarzt auch vor der Krankmeldung gegen Vorzeigung des Kassenstatuts in Anspruch genommen werden. In solchen Fällen ist jedoch die Krankmeldung umgehend zu beschaffen und dem Arzte der Krankenschein nachträglich vorzulegen. Es kann in diesen Fällen auch, wenn der Kassenarzt nicht zu erlangen ist, ein anderer Arzt für die erste Hilfeleistung für Rechnung der Kasse in Anspruch genommen werden, welchem dann jedoch auch der erste Krankenschein zur entsprechenden Beantwortung der darin enthaltenen Fragen nachträglich vorzulegen ist.

§ 2. Der erteilte Krankenschein hat nur für den Meldetag und für den darauf folgenden Tag Gültigkeit. Wird während dieser Zeit eine ärztliche Hilfe nicht in Anspruch genommen, so ist der Krankenschein unverzüglich zurückzugeben.

§ 3. Während der Dauer der Krankenheit ist jeder Krankenschein für Mitglieder am Sonnabend, und wenn dieser auf einen Festtag fällt, am vorhergehenden Werktage, vormittags von 10—12 Uhr, im Bureau der Kasse zu wechseln und im Falle der Erwerbsunfähigkeit das dem Erkrankten zustehende Krankengeld zu erheben (§ 9 des Statuts).

Die Krankenscheine für Familienangehörige sind bei fortdauernder Krankheit in Zwischenräumen von 4 Wochen im Bureau der Kasse zu wechseln, dieses kann jedoch ebenso wie die Krankmeldung der Familienangehörigen durch Vermittelung der im § 1 Absatz 2 Ziffer 1 und 2 bezeichneten Beamten erfolgen.

§ 4. Die Kranken haben den Anordnungen des Arztes Folge zu leisten und in der Behandlung desselben so lange zu verbleiben, wie der Arzt es für erforderlich erachtet. Ebenfalls haben die in einem Krankenhause Untergebrachten dort so lange zu verbleiben, bis der behandelnde Arzt die Entlassung anordnet.

Die aus dem Krankenhause mit Schonung oder zu fernerer ärztlicher Behandlung entlassenen Kranken haben sich sofort bei dem Kassenführer mündlich oder schriftlich zu melden.

§ 5. Diejenigen Kranken, welche von dem Arzte in der Sprechstunde behandelt werden, haben die ärztliche Hilfe möglichst in der Morgensprechstunde in Anspruch zu nehmen.

§ 6. Die Krankenaufsicht (Krankenkontrolle) wird durch den Kassenboten (§ 30 des Statuts) ausgeübt. Außerdem sind die Vorstandsmitglieder (§ 29 des Statuts), sowie auch die Aufseher und sonstigen Betriebsbeamten der . . . . für ihre Abteilungen, berechtigt, die Kranken zu besuchen und zu kontrollieren.

Der Kranke ist verpflichtet, den vorbezeichneten Personen seinen Krankenschein zur Einsichtnahme und zum Vermerk des stattgefundenen Besuchs vorzulegen oder vorlegen zu lassen.

§ 7. Um eine ordnungsmäßige Krankenkontrolle zu ermöglichen, sind die Kassenmitglieder verpflichtet, jeden Wohnungswechsel bei den im § 1 für die Krankenmeldung bestimmten Stellen sofort zu melden.

§ 8. Werden von dem Arzte Brillen, Bruchbänder, sonstige Bandagen oder Heilmittel, Wein oder andere diätetische Heilmittel verordnet oder als notwendig bezeichnet, so sind die entsprechenden ärztlichen Verordnungen dem Kassenführer bezw. dem Vorstand vorzulegen, welcher alsdann die erforderlichen Anweisungen erteilt.

§ 9. Beschwerden gegen die Kassenärzte, oder im Falle der Krankenhausbehandlung gegen die Anstaltsärzte, sowie gegen die sonstige Anstaltspflege sind tunlichst ohne Verzug dem Vorsitzenden des Vorstandes schriftlich einzureichen und von demselben binnen 8 Tagen dem Vorstand zur Entscheidung vorzulegen.

Der Erkrankte ist nicht berechtigt, in solchen Fällen eigenmächtig und ohne Mitwirkung des Kassenvorstandes sich der bisherigen kassenärztlichen Behandlung zu entziehen oder die Anstaltspflege zu verlassen.

Durch derartig eigenmächtiges Vorgehen des Kranken entstehende Kosten werden von der Kasse in keinem Falle übernommen.

§ 10. Ist der Erkrankte genesen und aus der ärztlichen Behandlung, bezw. aus der Krankenhauspflege entlassen, so ist der letzte Krankenschein mit dem ent-

sprechenden ärztlichen Vermerk, bezw. der Entlassungsschein des Krankenhauses sofort dem Kassenführer einzureichen. — Dieses kann auch, wenn Krankengeld nicht mehr zu erheben ist, auf demselben Wege wie die Krankenmeldung erfolgen.

§ 11. Zuwiderhandlungen gegen diese Vorschriften ziehen Ordnungsstrafen bis zu M. 20 nach sich (§ 10 des Statuts); dieselben werden durch den Vorstand festgesetzt.

Gegen diese Strafverfügungen ist binnen 2 Wochen nach deren Eröffnung Beschwerde an die Behörde zulässig.

Diese Vorschriften sind in der ordentlichen Generalversammlung am . . . . . . beschlossen worden und treten mit dem . . . . . . in Kraft.

Die erste Forderung, welche der Arzt an den Kranken, welcher sich bei ihm als Mitglied einer Kasse meldet, zu stellen hat, ist die einer Legitimation. Wenn wir von dringenden Fällen absehen, wo ja jeder Arzt berechtigt ist, auf Kosten der Kasse deren Mitgliedern ärztliche Hilfe angedeihen zu lassen, so kann der Satz aufgestellt werden, daß der Arzt der Kasse keinen Kranken ohne genügende Legitimation für dieselbe behandeln sollte. Denn abgesehen von Leuten, die es direkt auf Betrug abgesehen haben, gibt es eine große Zahl, besonders weiblicher Personen, die selbst nicht wissen, ob sie noch Mitglieder einer Kasse sind, der sie früher angehört haben, Als Legitimationspapier dient häufig das betreffende „Krankenbuch", das in der Regel die Statuten und Vorschriften für die Mitglieder in Erkrankungsfällen sowie die Namen der für die betreffenden Bezirke angestellten Aerzte enthält. Zuweilen, aber nur, wenn die Kasse kein Krankengeld gewährt und dem § 75 des K.V.G. nicht genügt, ist damit die Kontrolle erledigt. Der Arzt wird sich dann nur davon zu überzeugen haben, ob das Quittungsbuch in Ordnung ist. In anderen Fällen stellt der Arzt auf Grund des Quittungsbuches einen vorläufigen Krankenschein aus, mit dem das Mitglied dann an das Bureau der Kasse verwiesen wird. Hier erhält dasselbe dann den eigentlichen Krankenschein, den es bei seinem nächsten Besuch dem Arzt zur Ausfüllung und Unterschrift wieder vorlegt. Die beste Kontrolle geschieht aber in der Weise, daß der Kranke (von dringenden Fällen wieder abgesehen) zuerst sich an das Bureau der Kasse wendet, um dort einen Krankenschein in Empfang zu nehmen, mit dem er dann zum Arzt geht, bezw. ihm den Schein übersendet mit der Bitte um seinen Besuch. Handelt es sich um Arbeiter in bestimmten Betrieben, so kann der Aufseher derartige Krankenscheine bei sich führen, die er dann dem bei der Arbeit erkrankten Mitglied für den Arzt mitgibt.

Für erkrankte Familienmitglieder, denen die meisten Kassen nur freie ärztliche Behandlung, aber keine freie Arznei gewähren, bedarf es besonderer Krankenscheine oder Vorlegens des Quittungsbuches. Auch hier möchte ich davor warnen, ohne jegliche Legitimation die Behandlung zu übernehmen, um sich vor Ausbeutung zu schützen.

Da die Krankenscheine, auf Grund derer die Kranken im Falle der Erwerbsunfähigkeit ihr Krankengeld erhalten, einen wichtigen Teil der kassenärztlichen Tätigkeit ausmachen, so müssen wir uns etwas näher mit ihnen beschäftigen.

Der Krankenschein hat einen doppelten Zweck. Er dient als Legitimationspapier erstens für den Kranken dem Arzte gegenüber und zweitens für die Krankenkasse, um dadurch Näheres über die Krankheit zu erfahren. Als Schemata solcher Krankenscheine gebe ich zunächst 2, wie sie in Hamburg bei der Gemeinde-Krankenversicherung und den größeren Betriebskassen üblich sind. Die Ortskrankenkassen haben ähnliche Formulare.

Ausgabebelag No.

Gemeinde-Krankenversicherung.

Krankenschein I.

No. .... des Krankenregisters.
Konto .... No.
Meldereg. Littr. .... No.

D .... der Gemeinde-Krankenversicherung angehörige ....
.... wohnhaft .... hat sich heute krank gemeldet — melden lassen — und kann auf Rechnung der hiesigen Gemeinde-Krankenversicherung vom Arzte Herrn Dr. .... in Behandlung genommen werden.

Hamburg, den .... 19.....

Der Oberinspektor der Behörde für das Versicherungswesen.

D .... Obengenannte:

a) ist in meiner Behandlung seit: ....
b) leidet an: ....
   a) seit wann: ....
   b) infolge Selbstverschuldung? ....
   c) infolge Betriebsunfalles? ....
c) ist dadurch erwerbsunfähig? ....
   a) seit wann? ....
d) darf ausgehen vormittags von .... bis .... Uhr;
   nachmittags von .... bis .... Uhr;
e) ist wieder erwerbsfähig am: ....
f) ist aus meiner Behandlung entlassen: ....
   a) als geheilt am: .... b) als gebessert am: ....
   c) als ungeheilt auf Wunsch gegen ärztlichen Rat am: ......
g) ist von mir in der Wohnung besucht am: ....
h) ist von mir in der Sprechstunde empfangen am: ....
i) ist in das Allgemeine Krankenhaus versetzt am: ....
k) ist gestorben am: ....

Hamburg, den .... 19.....

Der Arzt: ....

Attest des Krankenbesuchers.

D .... Obengenannte ist von mir besucht am:

Unterschrift.

Anweisung.

1) Notiz a) zum Krankenregister
   b) zum Konto.

2) Auf Grund der seitwärts bescheinigten Arbeitsunfähigkeit sind p. ....
für .... Tage pro Tag .... Pf.
zusammen .... M. .... Pf.
zu zahlen.

Hamburg, den .... 19.....

Der Oberinspektor
der Behörde für das Versicherungswesen.

Quittung.

Vorstehenden Betrag mit .... M. .... Pf. aus der Kasse der Gemeinde-Krankenversicherung richtig empfangen zu haben, bescheinigt

Hamburg, den .... 19.....

Das Krankengeld ist gegen ein wöchentlich zu erneuerndes Attest im Bureau der Kasse abzuholen.

Die erwerbsfähigen Kranken haben dieses Attest mindestens alle 14 Tage zu erneuern und nach ihrer Entlassung aus der ärztlichen Behandlung der Kasse zurückzuliefern. Wohnungsveränderungen sind von dem Erkrankten binnen 24 Stunden dem Bureau anzuzeigen. Das Ausgehen ist nur während der im Attest angegebenen Zeit gestattet.

Ueberhaupt verboten ist das Ausgehen:
vom April bis September einschl. von morgens 11—2 Uhr und abends von 6 Uhr ab.
„ Oktober bis März „ „ „ 11—1 „ „ „ „ 4 „ „

Ausgabebelag No.

Gemeinde-Krankenversicherung.

Krankenschein II.

No. .... des Krankenregisters.
Konto .... No.
Meldereg. Litt. .... No.

für die Woche vom .... bis ....

D .... der Gemeinde-Krankenversicherung angehörige
....
wohnhaft ....
bei der Kasse krank gemeldet am: ....
a) ist in meiner Behandlung seit: ....
b) leidet an: ....
c) ist derselbe dadurch erwerbsunfähig? ....
d) seit wann? ....
e) darf ausgehen vormittags von .... bis .... Uhr
nachmittags von .... bis .... Uhr
f) ist wieder erwerbsfähig am: ....
g) ist aus meiner Behandlung als geheilt entlassen am: ....
h) ist aus meiner Behandlung auf Wunsch gebessert entlassen
am: ....
i) ist aus meiner Behandlung auf Wunsch gegen ärztlichen
Rat ungeheilt entlassen am: ....
k) ist von mir in der Wohnung besucht am: ....
l) ist von mir in der Sprechstunde empfangen am: ....
m) ist in das Allgemeine Krankenhaus versetzt am: ....
n) ist gestorben am: ....
Hamburg, den .... 19.....

Der Arzt: ....

D .... Nebengenannte ist von mir besucht am ....
.... D .... selbe hat .... Angehörige
deren Unterhalt er — sie — bisher — aus seinem — ihrem
Arbeitsverdienst bestritten.

Krankenbesucher.

Anweisung.

Auf Grund der nebenstehend bescheinigten Erwerbs-
unfähigkeit sind d .... p. ....
für .... Tage pro Tag .... Pf.
zusammen .... M. .... Pf.
zu zahlen.

Hamburg, den ....

Der Oberinspektor
der Behörde für das Versicherungswesen.

Quittung.

Vorstehenden Betrag mit .... M. .... Pf. aus der
Kasse der Gemeinde-Krankenversicherung empfangen zu haben,
bescheinigt

Hamburg, den .... 19.....

B. Wöchentliches Krankenattest bei Krankheiten von mehr als einwöchiger Dauer.

Das Krankengeld ist gegen ein wöchentlich zu erneuerndes Attest im Bureau der Kasse abzuholen.

Das Ausgehen ist nur während der im Attest angegebenen Zeit gestattet.

Ueberhaupt verboten ist das Ausgehen:

vom April bis September einschl. von morgens 11—2 Uhr und abends von 6 Uhr ab.
„ Oktober bis März „ „ „ 11—1 „ „ „ „ 4 „ „

Vorderseite!

Betriebs-Krankenkasse ......

Ausgabebelag No. .... Krankenregister No. .... Kl. ....

Krankenschein I.

Der, der oben bezeichneten Betriebs-Krankenkasse angehörige ....

Herr .... wohnhaft ....

hat sich heute krank gemeldet — — melden lassen — — und kann auf Rechnung dieser Kasse

vom Arzte Herrn Dr. ....

in Behandlung genommen worden.

Hamburg, den .... 19....

Der Obengenannte:

ist in meiner Behandlung seit: ....

leidet an (Krankheit in deutscher Sprache zu bezeichnen):

....

ist dadurch erwerbsunfähig? ....

darf ausgehen vormittags von .... bis .... Uhr
nachmittags „ .... „ .... „

ist wieder erwerbsfähig am: ....

ist aus meiner Behandlung als geheilt entlassen am: ....

ist in das Krankenhaus versetzt am: ....

ist gestorben am: ....

Ist die Krankheit entstanden:

infolge Selbstverschuldung (K.V.G. § 6a Absatz 2)? ....

infolge eines Betriebsunfalles? ....

Hamburg, den .... 19....

Der Arzt:

....

....

Berechnung des Krankengeldes.

Vom .... bis .... 19.....

.... Unterstützungstage zu M. ....

= M. ....

Vorstehenden Betrag empfangen zu haben, bescheinigt

Hamburg, den .... 19.....

....

Rückseite!

Dieser Krankenschein ist mit ärztlicher Ausfüllung innerhalb 3 Tage an die Krankenkasse zurückzuliefern.

Das Ausgehen ist dem Kranken nur während der im Krankenschein vom Arzt angegebenen Zeit gestattet, Zuwiderhandelnde verfallen in eine Ordnungsstrafe bis zu 20 M.

Das Krankengeld wird wöchentlich am Sonnabend von 9—12 Uhr ausgezahlt. Fällt der Sonnabend auf einen Festtag, so erfolgt die Zahlung am vorhergehenden Werktage.

Attest des Krankenbesuchers.

Wann ist der Kranke besucht? ....

....

Hat derselbe Angehörige, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienst bestritten? } ....

Ist derselbe außerdem noch Mitglied einer anderen Krankenkasse, eventuell welcher? } ....

....

....

Vorderseite!

Betriebs-Krankenkasse . . . . . .

Ausgabebelag No. .... Krankenregister No. .... Kl. ....

Krankenschein II.

Der, der oben bezeichneten Betriebskrankenkasse angehörige Herr ....

wohnhaft ....

Tag der Krankmeldung bei der Kasse: ....

in meiner Behandlung seit: ....

leidet an: ....

ist derselbe dadurch erwerbsunfähig? ....

darf ausgehen vormittags von .... bis .... Uhr
nachmittags „ .... „ .... „

ist wieder erwerbsfähig am: ....

ist aus meiner Behandlung als geheilt entlassen am: ....

ist in das Krankenhaus versetzt am: ....

ist gestorben am: ....

Hamburg, den/den ———— 19.....

Der Arzt:

....

Berechnung des Krankengeldes.

Vom .... bis .... 19......

.... Unterstützungstage zu M. ....

= M. ....

Vorstehenden Betrag empfangen zu haben, bescheinigt

Hamburg, den .... 19......

....

Rückseite!

Dieser Krankenschein ist für die laufende Woche gültig und muß dem Arzt zweimal zur Unterschrift vorgelegt werden.

Das Ausgehen ist dem Kranken nur während der im Krankenschein vom Arzt angegebenen Zeit gestattet. Zuwiderhandelnde verfallen in eine Ordnungsstrafe bis zu 20 M.

Das Krankengeld wird wöchentlich am Sonnabend von 9—12 Uhr ausgezahlt. Fällt der Sonnabend auf einen Festtag, so erfolgt die Zahlung am vorhergehenden Werktage.

Attest des Krankenbesuchers.

Wann ist der Kranke besucht? ....

....

Hat derselbe Angehörige, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienst bestritten? ....

Ist derselbe außerdem noch Mitglied einer anderen Krankenkasse, eventuell welcher? ....

....

....

Zur Erläuterung diene Folgendes. Den Krankenschein I erhält der Kranke bei Beginn der Erkrankung. Am Ende der Woche, wenn nicht inzwischen Entlassung erfolgt ist, hat er denselben dem Bureau wieder einzuliefern oder einliefern zu lassen, worauf er sein Krankengeld und einen neuen Schein II erhält. Dieser läuft dann wieder eine Woche, worauf er wieder erneuert werden muß.

Ueber die einzelnen Rubriken der Krankenscheine ist folgendes zu bemerken:

a) Beginn der Behandlung. Hier hat der Arzt den Tag der Krankmeldung zu verzeichnen, gleichviel ob dies mit der Einlieferung des Krankenscheines zusammenfällt oder nicht. Viele Krankenkassen haben ihr Bureau an Sonn- und Feiertagen geschlossen, der Kranke kann aber sehr wohl an solchen Tagen zuerst vom Arzt in Behandlung genommen worden sein. Dasselbe gilt für dringende Fälle. Da die meisten Kassen die 3-tägige Karenzzeit (nach § 6 Absatz 2 K.V.G.) für Krankengeld eingeführt haben, so ist es für den Kranken natürlich wichtig, den ersten Tag der Krankmeldung mitgerechnet zu bekommen.

b) Namen der Krankheit. Nach den Entscheidungen des Preuß. Ob.-Verw.-Ger. (v. 10. Okt. 1889, 9. Dez. 1889 und 9. Okt. 1890) ist Krankheit jede anormale Störung des Gesundheitszustandes, welche ärztliche Behandlung, Arznei oder Heilmittel erfordert (zit. bei Woedtke, l. c. S. 72). Nach einer Entscheidung des Hans. Oberlandesger. zu Hamburg v. 1. März 1886 ist im Sinne des K.V.G. krank, wer ärztlicher Behandlung bedarf, und solange als dies der Fall ist, dagegen gesund, wer keinen Arzt nötig hat, und deshalb seinem Erwerbe nachgehen kann, auch wenn in seinem Organismus eine krankhafte Anlage fortbesteht. Nach diesen von der Praxis angenommenen Grundsätzen hat sich auch der Arzt zu richten. Ein kompensierter Herzfehler, eine zum Stillstand gekommene Tabes gehört im Sinne des K.V.G. nicht zu den Krankheiten, ebensowenig wie Deformitäten, Stottern, Strabismus, Altersschwäche, Schwangerschaft, Entbindung, normales Wochenbett. Erst wenn besondere Komplikationen eintreten, nehmen auch die genannten Zustände den Charakter der „Krankheit“ an. Wann dies eintritt, kann nur der Arzt entscheiden. Dabei ist es, abgesehen von den sub b) genannten Ausnahmen, gleichgültig, aus welcher Ursache die Krankheit entstanden ist; auch die Folgen eines Betriebsunfalles sind Krankheiten im Sinne des Gesetzes, nur daß bei letzteren die betreffenden Berufsgenossenschaften vom Beginn der 14. Woche an die Verpflichtung haben, die Kosten des Heilverfahrens zu tragen.

Welche Bezeichnung der Arzt nun für die Krankheit auf dem Krankenschein wählen will, muß seinem Ermessen und Takt überlassen bleiben. Viele Kassen wünschen die Krankheit „in deutscher Sprache“ benannt zu sehen, was in den meisten Fällen gewährt werden kann. Von einigen Seiten (so von Placzek, Das Berufsgeheimnis des Arztes, 2. Aufl., 1898, S. 116) wird geltend gemacht, daß der Arzt durch richtige Nennung der Krankheit das Berufsgeheimnis verletzen könne, wenngleich ausgeschlossen sei, daß er sich dadurch wegen Verletzung des § 300 Str.G.B. straffällig mache. Diese Auffassung scheint mir nicht haltbar. Denn der Krankenschein ist ein Attest oder eine Urkunde, die der Kranke vom Arzte für die Kasse verlangt, und damit, daß er

den ihm bekannten Schein zur Unterschrift und Ausfüllung vorlegt, entbindet er ihn stillschweigend und selbstverständlich von seiner Verpflichtung zur Verschwiegenheit. Viel eher würde der Arzt sich dadurch strafbar machen können, daß er absichtlich im Interesse des Kranken eine falsche Diagnose in den Krankenschein schriebe. Letzterer ist eine „Privaturkunde, welche zum Beweise von Rechten oder Rechtsverhältnissen von Erheblichkeit ist“ (§ 267 Str.G.B) und ihre Fälschung wird bestraft. Es kommt den Krankenkassen auch nicht auf eine subtile Diagnose bei der Bezeichnung der Krankheit an. Ausdrücke, wie Augenleiden, Nervenleiden, Katarrh der Luftwege, Gelenk- oder Muskelrheumatismus etc., genügen in den meisten Fällen. Dagegen sind nichtssagende Ausdrücke, wie innere Erkrankung, Rheumatismus, Muskelschwäche u. ä., bei denen man sich alles und nichts denken kann, zu vermeiden, ebenso, wie man schon im Interesse des Patienten mit Ausdrücken, wie Magenkarzinom, progressive Paralyse, Lungentuberkulose oder ähnlichem vorsichtig sein wird. Hier wird, wie schon erwähnt, der ärztliche Takt das Richtige zu treffen wissen.

Die Frage, seit wann die Krankheit besteht, interessiert die Kassen bei den Versicherungspflichtigen deshalb, weil bei Erkrankungen, die zu einer Zeit entstehen, wo der Betreffende von seinem Arbeitgeber zur Kasse (nach § 49 K.V.G.) hätte angemeldet werden müssen, letzterer alle Aufwendungen der Kasse für den Unterstützungsfall zu erstatten hat. Bei den freiwilligen Mitgliedern kommt hinzu, daß die Kassen schon ihre Aufnahme verweigern können, wenn zur Zeit der Anmeldung eine Krankheit bereits vorliegt, und daß bei der G.K.V. eine bis zu 6 Wochen festgesetzte Karenzzeit besteht, vor deren Ablauf keine Krankenunterstützung gewährt zu werden braucht. Für den Arzt ist die Frage des Beginns der Erkrankung oft schwer zu beantworten. Es handelt sich hier auch nicht um den Anfang des Leidens im ärztlichen Sinne, sondern im Sinne des K.V.G. Nach der oben zitierten Auffassung des Preuß. Ober-Verw.-Ger. (S. 68) gehört zur Krankheit im gesetzlichen Sinne ein Zustand, der ärztliche Behandlung und Arznei oder Heilmittel erfordert. Ein Herzkranker mit kompensiertem Klappenfehler, welcher arbeitet, ist also nach dieser Auffassung nicht „krank“. In den meisten Fällen wird daher der Beginn der Erkrankung mit dem Tage der Krankmeldung zusammenfallen, da der Kranke eben früher ärztliche Behandlung und Arznei nicht nötig hatte. Aber bei Rückfällen oder Verschlimmerung chronischer Leiden (Bleichsucht, Tuberkulose u. a.) wird man oft genötigt sein, den „Beginn“ der erneuten Erkrankung zurückdatieren zu müssen, da solchen Kranken sonst jede Verschlimmerung ihres Leidens als neue Krankheit angerechnet werden müßte. Läßt sich dieser Zeitpunkt mit einiger Sicherheit nicht feststellen, so bleibt nichts übrig, als die betr. Rubrik offen zu lassen.

Die Frage nach der Selbstverschuldung der Krankheit ist durch den § 6a, Absatz 2 des K.V.G. bedingt, wonach bei Krankheiten, die Versicherte sich vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln, durch Trunkfälligkeit oder geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben, kein oder nur teilweises Krankengeld zu gewähren ist. Einige Kassen gehen sogar so weit, daß sie in diesen Fällen nur die gesetzlichen Mindestleistungen (Arzt und Arznei) gewähren, dagegen selbst Krankenhausbehandlung ablehnen. Diese Bestimmung hat besonders bei den venerischen Krankheiten zu

großen Mißständen geführt, zumal die Entscheidungen der Gerichte über den Begriff „geschlechtliche Ausschweifungen“ stark voneinander abweichen. So rechnete z. B. das Preuß. Ober-Verw.-Ger. (Arb.-Vers., X, S. 540) schon einen „einmaligen außerehelichen Beischlaf“ dazu, wenn er eine venerische Krankheit im Gefolge hatte, während eine dadurch bedingte Schwangerschaft nötigen Falls als unterstützungsberechtigt anerkannt wird. WOEDTKE (1, S. 158) hingegen sieht eine geschlechtliche Ausschweifung nur dann als vorhanden, wenn ein ausschweifendes Leben vorliegt. Es ist deshalb von den verschiedensten Seiten, ärztlichen und nichtärztlichen, darauf hingearbeitet worden, diese Stelle des § 6a fortfallen zu lassen. Letzthin hat besonders NEISSER (Arb.-Vers., 1901, No. 4) diese Forderung im Interesse der Hygiene erhoben und dabei verlangt, daß den Kassen durch Gesetz die Verpflichtung auferlegt werde, alle Geschlechtskranken in Spitälern behandeln zu lassen.

Nachdem das neue Invalidengesetz im Gegensatz zum alten auch die Dauer einer durch „geschlechtliche Ausschweifungen“ erworbenen Krankheit als Beitragszeit in Anrechnung bringt (§ 30, 4 I.V.G.), findet sich in der Novelle des K.V.G. von 1903 der betr. Passus des § 6a ebenfalls gestrichen, womit die Sonderstellung der venerischen Krankheiten in Zukunft in Fortfall kommen wird.

Die Entscheidung, ob ein Betriebsunfall vorliegt, ist für die Kassen von erheblichem Interesse. Als „Unfall“ definiert das R.V.A. eine körperliche Schädigung eines Menschen, die auf ein plötzliches oder wenigstens zeitlich genau bestimmbares, von ihm nicht beabsichtigtes Ereignis zurückzuführen ist, als „Betrieb“ den Inbegriff der Verrichtungen, welche sich auf die Vorbereitung, Durchführung und den Abschluß eines Unternehmens beziehen (cf. MUGDAN, Kommentar für Aerzte znm G.U.G., Berlin 1902, S. 46 ff.).

Indem wir für alle den Arzt interessierenden Punkte der Unfallgesetzgebung auf den betreffenden Band dieses Handbuches (Der Artzt als Gutachter) und den erwähnten Kommentar von MUGDAN verweisen müssen, sollen hier nur kurz die Beziehungen der Krankenkassen zu den durch Unfall bedingten Krankheiten und den Berufsgenossenschaften besprochen werden. Diese Beziehungen werden im wesentlichen durch die §§ 76b und 76c des K.V.G. geregelt. Die Berufsgenossenschaften sind verpflichtet, vom Beginne der 14. Woche nach Eintritt des Unfalles die Behandlung des Verletzten zu übernehmen. Sie haben aber sowohl das Recht, schon früher das Heilverfahren auf ihre Kosten zu übernehmen, als auch die Befugnis, der Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört, die Fürsorge für den Verletzten über den Beginn der 14. Woche hinaus bis zur Beendigung des Heilverfahrens zu übertragen. Im ersteren Falle geht der Anspruch des Erkrankten auf Krankengeld auf die Berufsgenossenschaft über. Um diese Bestimmung durchführen zu können, ist den Krankenkassen, die ja zuerst Kunde von dem Unfall erhalten, auferlegt worden, jeden Unfall, der mit 4 Wochen noch nicht wieder erwerbsfähig geworden, binnen einer Woche nach diesem Zeitpunkte dem Vorstande der Berufsgenossenschaft, bei welcher der Erkrankte gegen Unfall versichert ist, anzuzeigen.

Daher findet sich auf allen Krankenscheinen von Krankenkassen, deren Mitglieder der Unfallversicherung unterstehen, die vom Arzt zu beantwortende Frage, ob die Krankheit durch einen Betriebsunfall

entstanden ist. Die Befugnis der Berufsgenossenschaft, sich schon früh über den Stand der Erkrankung zu orientieren, hat mehrfach Anlaß zu Kollisionen mit dem Arzt der Krankenkasse und dem Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft gegeben. Der letztere wird beauftragt, den Verletzten zu untersuchen und darüber zu berichten zu einer Zeit, wo der Verletzte sich noch in Behandlung des Arztes seiner Krankenkasse befindet. Er kann dabei genötigt werden, einen frisch angelegten Verband abzunehmen, eine eben eingerichtete Verrenkung zu untersuchen u. dgl., was für den Verletzten nicht gleichgültig ist und hinter dem Rücken des behandelnden Arztes nicht tunlich erscheint. In manchen ärztlichen Standesordnungen befindet sich ein besonderer Passus über diese Frage. So sagt z. B. der § 11 der von der Hamburgischen Aerztekammer herausgegebenen Standesordnung:

„Kontrollbesuche im Auftrage einer Kasse, Berufsgenossenschaft oder dgl. bei Kranken anderer Aerzte zu machen, ist nur nach Benachrichtigung letzterer gestattet. Handelt es sich um eine Wunde, eine Fraktur oder dgl., deren Untersuchung einen Wechsel des Verbandes notwendig macht, so ist zwischen den beiden Kollegen eine Zeit für die Konferenz zu vereinbaren. Will oder kann der behandelnde Arzt sich nicht einfinden, so ist der Vertrauensarzt berechtigt, den von jenem gemachten Verband abzunehmen bezw. zu erneuern, unter Wahrung der Kollegialität und Enthaltung jeder Kritik der bisherigen Behandlung.“

Solche Vorschriften lassen sich in Städten, wo man sich mündlich oder telephonisch rasch verständigen kann, leicht durchführen. Auf dem Lande oder bei großen Entfernungen wird dies seine Schwierigkeiten haben, die bei gutem Willen von beiden Seiten aber doch zu umgehen sein werden. An der Tatsache selbst läßt sich bei dem jetzigen Stand der Gesetzgebung jedoch nichts ändern.

In den oben erwähnten Fällen, wo die Krankenkassen von den Berufsgenossenschaften über die 14. Woche hinaus die Behandlung der Verletzten übertragen erhalten, sind die Aerzte der Kasse berechtigt, hierfür besonders zu liquidieren, da ja auch die Kasse von der Berufsgenossenschaft die Ausgaben für ärztliche Behandlung etc. erstattet erhält. Unterlassen sie dies, so schenken sie nicht der Kasse, sondern der Berufsgenossenschaft das Honorar. Es empfiehlt sich daher, bei jedem Unfall genau den Tag desselben zu notieren, um eventuell später über die verlängerte Behandlung Rechnung abzulegen.

Die Frage, ob Erwerbsunfähigkeit vorliegt, ist ebenfalls in doppelter Hinsicht für den Erkrankten von Bedeutung. Die Erwerbsunfähigkeit ist erstens Voraussetzung für den Bezug des Krankengeldes und befreit zweitens für die Dauer der Unterstützung von den Beiträgen. Eine teilweise Verminderung der Erwerbsfähigkeit, wie die Unfallgesetze, kennt das K.V.G. nicht. Trotzdem existiert eine Entscheidung des Dresdner Oberlandesgerichts (zit. im Aerztl. V.Bl., 1899, S. 66), wonach „Arbeitsunfähigkeit“ nicht gleichbedeutend mit „Arbeitsunmöglichkeit“ sei. Mitglieder von Kassen also, die z. B. vom Arzt als erwerbsunfähig bezeichnet sind, aber trotzdem weiter arbeiten, können wohl disziplinarisch mit Ordnungsstrafen belegt, aber nicht strafrechtlich etwa wegen Betruges verfolgt werden.

Im Sinne des K.V.G. ist jeder erwerbsunfähig, der durch seine Krankheit verhindert ist, diejenige Art der Beschäftigung fortzusetzen,

welche ihn versicherungspflichtig machte (1, S. 145). Es kommt also nicht darauf an, ob der Erkrankte noch zu anderen Arbeiten fähig ist. Ein freiwillig Versicherter gilt dann als erwerbsunfähig, wenn er zu der Arbeit unfähig ist, die er vor Ausbruch der Krankheit verrichtete, oder zu einer anderen, die ihm billigerweise zugemutet werden kann (2, S. 27). Ob das Mitglied sich selbst für erwerbsunfähig hält oder nicht, ob es arbeitet oder nicht, ist gleichgültig; über die Erwerbsunfähigkeit hat nur der Arzt zu entscheiden. Arbeitet der Erkrankte im Widerspruch zu den Anordnungen des Arztes, so kann er entweder (nach § 7 des K.V.G.) in ein Krankenhaus verbracht oder mit Ordnungsstrafen belegt werden, die dann vom Krankengeld gekürzt werden.

Die Erwerbsunfähigkeit spielt auch eine Rolle beim Bezuge des Krankengeldes, das ja erst vom 3. Tage der Erkrankung ab für jeden Arbeitstag gewährt wird. Daher die Frage auf den Krankenscheinen, seit wann die Erwerbsunfähigkeit besteht? Auch endet die Unterstützung erst 26 Wochen nach Beginn des Krankengeldbezuges und kann jederzeit durch eingetretene Arbeitsfähigkeit wieder unterbrochen werden. Diese Karenzzeit sollte als Schutz gegen Simulation dienen. Ihre Zweckmäßigkeit wird von vielen Seiten bezweifelt und ihre Beseitigung auch von ärztlicher Seite vielfach empfohlen. Manche Arbeiter umgehen sie dadurch, daß sie trotz der Krankmeldung noch wenigstens 3 Tage weiterarbeiten und sich dann erst erwerbsunfähig erklären lassen, um wenigstens ihren Arbeitslohn während der Karenzzeit nicht einzubüßen. Letztere umfaßt übrigens nicht Arbeitstage, sondern Tage, es sind also auch Sonn- und Festtage in die Karenzzeit einzurechnen. Ein am Sonnabend erkranktes Mitglied erhält also das Krankengeld schon von Dienstag an, ein am Donnerstag erkranktes aber erst vom Montag der folgenden Woche an, da dasselbe nur für den Arbeitstag zu gewähren ist (1, S. 146). An Sonn- und Festtagen erhalten nur solche Mitglieder Krankengeld, die an diesen Tagen auch beschäftigt sind, sie müssen dafür aber auch für die Sonntage Beiträge leisten.

Auf jedem Krankenschein findet sich in der Regel eine Rubrik über die dem Kranken zu gewährende Ausgehezeit. Manche Kassen schreiben bestimmte Stunden am Tage vor, wo der Kranke zu Hause sein muß, andere beschränken die Zahl der Stunden, die zum Ausgehen gewährt werden dürfen. Diese Einrichtung ist nötig, um eine wirksame Krankenaufsicht zu ermöglichen, und dient zugleich als wirksames Mittel gegen Simulation. Eine Simulation in dem Sinne, daß eine gar nicht vorhandene Krankheit vorgetäuscht wird, ist bei Kassenkranken selten. Dafür sorgt einerseits schon die Karenzzeit, andererseits die Tatsache, daß nur bei Doppelversicherung der wirkliche Arbeitsverdienst erreicht wird, während gewöhnlich die Höhe des Krankengeldes dahinter zurückbleibt. Dagegen kommen recht häufig Einbildungen, Uebertreibungen und Vortäuschungen des Arztes vor, gegen die man durch genaue Untersuchung des Falles sich zu schützen suchen muß. Die häufigsten bei Kassenkranken auftretenden Krankheiten sind Tuberkulose, chronische Katarrhe der Respirationsorgane und des Magens, Rheumatismus in allen seinen Formen, Nervenkrankheiten, bei weiblichen Mitgliedern Bleichsucht und die verschiedenen Formen der Frauenkrankheiten. Derartige Kranke können sehr wohl zu Zeiten arbeitsfähig

sein und unter gewissen veränderten Verhältnissen (Eintritt rauher Jahreszeit, schwerere Arbeit, ungünstigere Wohnungen u. ä.) erwerbsunfähig werden. Hier hilft dem Arzt neben genauester Untersuchung nur eine mit der Zeit zu erwerbende Erfahrung, um sich den zur Erkennung einer Simulation oder Uebertreibung nötigen Schartblick anzueignen.

Die Krankenkassen schützen sich gewöhnlich durch eine scharfe Kontrolle vor Uebervorteilung ihrer Mitglieder, wofür die früher erwähnten Vertrauensärzte (S. 73) ihnen eine wirksame Unterstützung gewähren können. Ueber die Wirksamkeit der Vertrauensärzte gibt folgende Stelle aus dem Geschäftsbericht der Allgemeinen Ortskrankenkasse Frankfurt a. M. (4, S. 37) für 1901 Aufschluß:

„Ferner wurden 516 Mitglieder zur vertrauensärztlichen Untersuchung bestellt, davon erschienen 123 nicht, und zwar wurden 57 vor der Untersuchung gesund geschrieben, und die übrigen verzichteten zum großen Teil auf weitere Unterstützung. Von den 393 vertrauensärztlich untersuchten Mitgliedern wurden 229 sofort als erwerbsfähig erklärt, die übrigen 164 waren noch weiter erwerbsunfähig."

Die Untersuchung der Kranken durch die Vertrauensärzte geschieht am besten in einem besonderen Zimmer auf dem Bureau der Kasse, sonst, wo dies nicht angängig, im Hause der Aerzte. Die Frankfurter Ortskrankenkasse hat sogar eigene Vertrauensärzte aus den Kreisen der Spezialärzte angestellt, als Aerzte für Frauenleiden, venerische Krankheiten, Augenleiden, Nervenkrankheiten, Chirurgie etc. Außer den Vertrauensärzten dienen den Krankenkassen eigene Krankenkontrolleure zur Beaufsichtigung der Kranken. Es gibt freiwillige Kontrolleure, die aus den Kreisen der Mitglieder entnommen werden, und berufsmäßige Kontrolleure, die für ihre Tätigkeit bezahlt werden. Die Frage, ob die Kassenmitglieder zur Uebernahme der Krankenaufsicht gezwungen werden können, ist durch den Magistrat in Wilhelmshaven im negativen Sinne entschieden worden (Arbeiterversorgung, 1902, S. 773), während v. FRANKENBERG (ebenda 1903, S. 76) die entgegengesetzte Ansicht vertritt. Bei kleineren Kassen mögen die freiwilligen Kontrolleure ausreichen, für größere, wo die Kranken zu den verschiedensten Tageszeiten besucht werden sollten, eignen sich unbedingt die Berufskontrolleure besser. In jedem Falle müssen die Kontrolleure aber eine gedruckte Instruktion für ihr Verhalten in Händen haben, für die wir zwei Beispiele aus der kleinen Schrift von FIEBIG und HANAUER (4, S. 5 ff.) hier zum Abdruck bringen. Die eine ist für Berufskontrolleure und bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Frankfurt a. M. seit 1895 eingeführt, die andere, für freiwillige Kontrolleure, fungiert bei der Krankenkasse der Allgemeinen Elektrizitäts-Gesellschaft in Berlin seit 1900.

No. 1. Instruktion.

§ 1. Die Krankenkontrolle wird seitens der Ortskrankenkasse durch besonders angestellte Berufskontrolleure ausgeübt. Den Kontrolleuren ist jede Nebenbeschäftigung irgend welcher Art, ob gewinnbringend oder nicht, untersagt.

§ 2. Jeder dieser Kontrolleure erhält eine vom Kassenvorstand ausgefertigte Legitimation, welche sorgfältig aufzubewahren und dem zu kontrollierenden Kranken auf Verlangen vorzuzeigen ist. Bei dem Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis ist die Legitimation dem Vorstande zurückzugeben.

§ 3. Die Kontrolleure haben besonders darüber zu wachen, daß
a) die Kasse nicht durch Simulation geschädigt wird;
b) die Anordnungen der Aerzte richtig befolgt, Arzneien und Heilmittel möglichst vorschriftsmäßig gebraucht werden. Außerdem haben sie dem Bureau sofort zu melden:
c) wenn der Kranke ohne Abmeldung die Arbeit wieder aufgenommen hat;
d) wenn die Ueberführung einzelnstehender Mitglieder in ein Krankenhaus als notwendig erscheint;
e) wenn Bestimmungen des Kassenstatuts verletzt werden;
f) wenn die Wohnungsverhältnisse des Erkrankten besonders ungünstig erscheinen;
g) wenn ein Betriebsunfall die Ursache der Erkrankung ist;
h) wenn ein Dritter der Kasse ersatzpflichtig ist;
i) wenn der Kranke noch anderweitig versichert ist;
k) wann der Erkrankte in versicherungspflichtige Beschäftigung eingetreten und wie hoch sein Arbeitsverdienst ist.

§ 4. Dem Kontrolleur wird ein teilnehmendes, höfliches Betragen den Kranken gegenüber zur Pflicht gemacht.

§ 5. Aufträge haben die Berufskontrolleure nur vom Vorstand oder von dem Bureauvorsteher entgegenzunehmen.

§ 6. Die Krankenkontrolleure haben es in allen Fällen zu unterlassen, den Patienten gegenüber irgendwelche die Kasse schädigende Ratschläge zu erteilen oder Urteile zu fällen, namentlich sind solche, welche die ärztliche Behandlung berühren könnten, streng zu vermeiden.

§ 7. Bei den der Simulation verdächtigen Personen darf der Kontrolleur dem Kranken gegenüber keine diesbezüglichen Bemerkungen machen, sondern hat seine Beobachtungen lediglich dem Bureau und zwar alsbald mitzuteilen. Besondere Aufmerksamkeit ist bei folgenden Krankheiten zu beobachten als Rheumatismus, Ischias, Hüftweh, Nervenleiden, Magenkatarrh, Schwindelanfälle, Seitenstechen, Herzleiden, Brustschmerz, Kopfschmerz, Bleichsucht und Blutarmut.

§ 8. Die Kontrolle kann in der Zeit von früh 6 Uhr bis abends 8 Uhr ausgeübt werden, doch ist es wünschenswert, namentlich in der letzten Stunde von 9 bis 10 Uhr nur leichtere und der Simulation verdächtige Patienten zu besuchen.

§ 9. Nach jeder vollzogenen Kontrolle ist auf dem Krankenschein, den jeder Kranke besitzen soll, ein entsprechender Vermerk zu machen. — Besitzt der Erkrankte keinen Krankenschein, so hat dies der Kontrolleur alsbald zu melden.

§ 10. Ueberschreitungen der Ausgehezeit oder sonstige Zuwiderhandlungen hat der Kontrolleur auf seinem Kontrollzettel zu vermerken und dem Bureau zn melden, desgleichen Wohnungswechsel und Gesundmeldungen.

§ 11. Den Kontrolleuren ist das Annehmen von Geschenken irgend welcher Art strengstens untersagt.

§ 12. Vorstehende Bestimmungen| sind von den Kontrolleuren diskret zu behandeln.

§ 13. Bei Zuwiderhandlungen gegen die Bestimmung dieser Dienstvorschrift haben die Kontrolleure sofortige Entlassung zu gewärtigen.

No. 2. Geschäftsanweisung für die Krankenbesucher bei der Krankenkasse der Allgemeinen Elektrizitäts-Gesellschaft Berlin.

§ 1. Die mit Ausübung der Aufsicht über die erwerbsunfähigen in ihrer Behausung behandelten Kranken, beauftragten Krankenbesucher werden vom Vorstand aus der Mitte der männlichen und der weiblichen Kassenmitglieder gewählt. Die Wahl erfolgt durch den Gesamtvorstand, zunächst je auf den Zeitraum von 3 Monaten. Nach Ablauf der 3 Monate ist Belassung der Krankenbesucher in ihrer Tätigkeit zulässig, aber jederzeitiger Widerruf ihres Auftrages statthaft.

Der Kassenvorstand hegt die Ueberzeugung, daß jedes zum Krankenbesucher erwählte Kassenmitglied während seiner Amtsperiode die je feststehenden Anordnungen eifrig und treu befolgt und daß es in Ausübung derselben den Vorstand durch Namhaftmachung der Uebertreter unterstützt. Denn die Kasse kann nur segensreich wirken, wenn alle Beteiligten in dem ernsten Bestreben einig sind, den Satzungen und besonderen Vorschriften der Kasse größtmöglichste Achtung zu verschaffen.

Die Krankenbesucher sollen den Kranken bezüglich der Kasseneinrichtungen in jeder Weise Rat und Auskunft erteilen; es wird ihnen ein teilnehmendes, höfliches Betragen den Kranken gegenüber zur Pficht gemacht.

Die Krankenbesucher haben es in allen Fällen zu unterlassen, den Kranken gegenüber irgend welche schädigenden Ratschläge zu erteilen oder Urteile zu fällen, insbesondere sind solche, welche die ärztliche Behandlung berühren könnten, strengstens

zu vermeiden. Wahrnehmungen dieser Art sind nur dem Vorstande zu melden, von welchem der Sachverhalt geprüft, erörtert und demgemäß verfügt werden wird.

Jeder der Krankenbesucher erhält zur Ausübung seiner mehrgenannten Tätigkeit eine vom Vorsitzenden oder dessen Stellvertreter unterzeichnete Ausweiskarte, welche sorgfältig aufzubewahren und beim Besuch dem Kranken auf Verlangen vorzuzeigen ist. Scheidet ein Krankenbesucher aus diesem Amte aus, so ist die Ausweiskarte alsbald an den Kassenvorstand zurückzugeben.

§ 2. Im allgemeinen wird den Krankenbesuchern die Sorge dafür zur Pflicht gemacht, daß die erwerbsunfähigen kranken Kassenmitglieder die eingangs bezeichneten Vorschriften sorgfältig befolgen. Im besonderen haben die Krankenbesucher noch folgendes zu beachten:

Die dem Krankenbesucher vom Vorstande zugewiesenen Kranken sind von ihm mindestens einmal während der Woche unerwartet in ihrer Behausung aufzusuchen. Bei wirklich schweren, ansteckenden Krankheiten sind jeweilig diese Besuche einzustellen. Ueber das Ergebnis der einzelnen Besuche ist bis Sonnabends abends einer jeweiligen Woche dem Kassenvorstand zu berichten.

Die Krankenbesucher müssen vornehmlich auch darüber wachen, daß

a) die Kasse nicht durch Simulation oder durch absichtliches Hinauszögern einer Krankheit oder Erwerbsunfähigkeit geschädigt wird;
b) die Anordnungen der Aerzte richtig befolgt, Arzneien und Heilmittel möglichst vorschriftsmäßig gebraucht werden, die gestattete Ausgehezeit innegehalten wird, auch sonstige die Gesundheit beeinträchtigende Handlungen nicht vorgenommen werden und die Kranken überhaupt eine mäßige und nüchterne Lebensweise führen;
c) die Kranken sich während der Unterstützungszeiten jeglicher Berufs- oder sonstigen Haus- und Erwerbsarbeit enthalten und den unerlaubten Besuch von Wirtschaften und Schankstätten unterlassen;
d) einzelstehende, ledige Kassenmitglieder, welche bei fremden Leuten wohnen und dort eine zweckmäßige, die Genesung fördernde Behandlung nur in den seltensten Fällen erhalten, einer Krankenanstalt (durch den Kassenvorstand) überwiesen werden;
e) die Kranken, die vom Arzte zum Ausgang in freier Luft oder sonst zu Heilzwecken bestimmten Stunden einerseits bei guter Witterung benutzen, andererseits (und besonders der Simulation verdächtige Kranke) solche Ausgehezeit nicht überschreiten.

Außerdem haben die Krankenbesucher dem Kassenvorstand rechtzeitig zu melden, wenn

f) der Kranke ohne Abmeldung die Arbeit wieder aufgenommen hat;
g) der Kranke während einer Krankheit den Arzt wechselt.

§ 3. Auf die der Simulation verdächtigen Kranken ist besondere Aufmerksamkeit zu verwenden, jedoch sind Erörterungen hierüber seitens der Krankenbesucher in möglichst rücksichtsvoller Weise anzustellen. Aeußerungen hierüber sind den Kranken gegenüber zu unterlassen; vielmehr sind Mitteilungen über die hierzu gemachten Beobachtungen tunlichst unverzüglich dem Vorstande zu machen.

Besondere Aufmerksamkeit ist seitens der Krankenbesucher bei folgenden Krankheiten zu beachten:

Reißen (Rheumatismus), Hüftweh (Ischias), Nervenleiden (Neuralgie bezw. Neurasthenie), Magenkatarrh (Kardialgie bezw. Katarrh. ventriculi), Seitenstechen (Pleurodynie), Schwindelanfälle (Epilepsie), Herzleiden (Myocarditis), Brustschmerz (Dolor pectoralis) und Kopfschmerz (Cephalalgie).

§ 4. Die Krankenbesuche können zu jeder Tageszeit, von morgens 8 Uhr bis abends 9 Uhr, auch an Sonn- und Feiertagen, in der Behausung des Kranken vorgenommen werden. Es ist jedoch wünschenswert, namentlich in der letzten Stunde (von 8 bis 9 Uhr abends) nur leichtere oder der Simulation verdächtige Kranke zu besuchen.

Die Krankenbesucher werden angewiesen, Anerbietungen jeder Art in höflicher, aber bestimmter Form den Kranken oder dessen Angehörigen gegenüber abzulehnen.

§ 5. Nach jedem vollzogenen Besuche ist ein entsprechender Vermerk in den dem Krankenbesucher vorzulegenden Krankenschein an der im Vordruck dafür bestimmten Stelle vom Krankenbesucher einzutragen.

Ueberschreitungen der Ausgehezeit oder sonstige Vergehungen der Kranken gegen die Kassensatzungen oder gegen die eingangs bezeichneten Vorschriften sind alsbald, spätestens aber am folgenden Tage, mittels dem Krankenbesucher kassenseitig vorzuhaltender Postkarte zu melden, desgleichen Gesundmeldungen und Wohnungswechsel. Besteht Gefahr im Verzuge, so möge der Krankenbesucher die Meldung auch in anderer, ihm geeignet scheinender Art, möglicherweise mündlich erstatten.

§ 6. Den Krankenbesuchern sind für ihnen übertragene, nicht in die regelmäßige Arbeitszeit fallende Krankenbesuche je 20 Pf. Aufwandsentschädigung aus Kassenmitteln zu gewähren. Wird im Auftrage des Vorsitzenden oder des Geschäftsführers vom Krankenbesucher ein Krankenbesuch während der regelmäßigen Arbeitszeit ausgeführt, so soll ihm als Aufwandsentschädigung der entgangene Arbeitsverdienst, in Höhe des zutreffenden Stundenlohnes, mindestens aber je 20 Pf. für den einzelnen Krankenbesuch gezahlt werden.

Die auf dem Krankenschein vermerkten Besuche bezw. die Meldungen der einzelnen Uebertretungsfälle gelten als Rechnungsbeläge. Auch sind die Krankenbesucher behufs regelmäßiger Abrechnung verpflichtet, die im Laufe des Kalendermonates ausgeführten Besuche in der ersten Woche des folgenden Monates der Kasse in Rechnung zu stellen. Die dabei zu verwendeten Formulare sind von der Geschäftsleitung zu beziehen.

§ 7. Im Falle seiner persönlichen Behinderung hat jeder Krankenbesucher bei dringenden Fällen einen Stellvertreter, welcher Mitglied der A. E.-G.-Krankenkasse sein muß, selbst zu stellen, dem Vorstand aber darüber geeignete Mitteilung zu machen.

Legt der Krankenbesucher sein Amt nieder oder scheidet er aus der Kasse als versicherungspfichtiges Mitglied aus, oder wird das Amt ihm entzogen, so hat der Krankenbesucher alles noch von ihm verwahrte Material sofort dem Kassenvorstand zuzustellen.

§ 8. Beleidigungen und Beschimpfungen der Krankenbesucher sowie der übrigen Kassenorgane durch erkrankte Mitglieder oder deren Angehörige sind dem Kassenvorstand alsbald zu melden. Der letztere wird für den erforderlichen Schutz der Krankenbesucher besorgt sein.'

Die Ausgehezeit wird hauptsächlich während der üblichen Geschäftszeiten des Erkrankten zu verbieten sein, damit dieser nicht etwa seine Berufstätigkeit fortsetzt, dann aber auch nach Dunkelwerden (im Winter etwa von 4 Uhr ab, im Sommer nach 6 Uhr), um Verführungen zum Wirtschaftbesuch zu vermeiden. Im übrigen bin ich der Ansicht, daß der Arzt nicht dazu da ist, um den Kranken zu kontrollieren, sondern ihn gesund zu machen. Es ist Sache der Kontrolleure, etwaige Verstöße gegen die ärztlichen Verordnungen oder gegen das Kassenstatut festzustellen und dies den Aerzten oder der Kasse zu melden. Mischt sich der Arzt zu viel in diese disziplinarische Tätigkeit, so verliert er gar leicht das Vertrauen und die Zuneigung seiner Patienten, deren er zu einer erfolgreichen Tätigkeit im hohen Grade bedürftig ist.

Die nun folgende Frage der Krankenscheine, wann der Kranke wieder erwerbsfähig ist, deckt sich nicht mit der Frage nach der Entlassung aus der Behandlung. Es empfiehlt sich, den Kranken nicht eher zu entlassen, als bis sein Leiden wirklich geheilt ist, oder, wo dies nicht möglich ist, wenigstens ärztliche Behandlung und Arznei nicht mehr erforderlich sind. Geschieht dies nicht, so wird bei trägen oder arbeitsscheuen Mitgliedern leicht der Fall eintreten, daß sie sich bald nach der Entlassung abermals krank melden. Kann der Arzt dann nicht bescheinigen, daß in der Zwischenzeit keine wirkliche Heilung oder das Erfordernis von ärztlicher Behandlung und Medikamenten vorgelegen hat, so gilt die Krankheit als „neuer Unterstützungsfall“ (§ 26a Absatz 3 K.V.G.) und der Kranke hat wieder Anspruch auf die volle gesetzliche Mindestleistung bis zur Dauer von 26 Wochen. Hat man aber z. B. einen chronisch Erkrankten mehrere Wochen aus den Augen verloren, so wird sich die Frage, ob er inzwischen ärztliche Behandlung etc. nötig gehabt hätte, kaum jemals mit Sicherheit beantworten lassen. Besser ist es daher, ihn nur für „erwerbsfähig“ zu erklären und ihn wenigstens in den ersten Wochen nach der Aufnahme der Arbeit von Zeit zu Zeit wieder zu kontrollieren. Man erspart dadurch unter Umständen sich und der Kasse viel Arbeit und Unkosten. In einer Entscheidung des Preuß. Ob.-Verw.-Ger. vom 10. Okt. 1889

sowie 14. Jan. 1895 heißt es nach Woedtke (1, S. 152): „Die einmal eingetretene Krankheit dauert so lange fort, als die objektive Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung oder der Einstellung der Erwerbstätigkeit besteht. Besteht diese Notwendigkeit in beiderlei Beziehungen nicht mehr, so ist die Karenzzeit beendet und die von neuem hervortretende Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung oder der Gewährung von Arznei, bezw. von Heilmitteln als der Eintritt einer neuen Krankheit anzusehen.“ Es kommt hierbei also alles auf das ärztliche Gutachten an.

Bei der Entlassung aus der Behandlung muß deshalb ebenfalls auf dem Krankenschein angegeben werden, ob der Kranke geheilt oder gebessert, bezw. auf Wunsch gebessert entlassen wurde, damit die Kassen bei einer erneuten Krankmeldung in der Lage sind, auf die Frage einer „neuen Krankheit“ einzugehen. Die auf manchen Krankenscheinen noch befindliche Rubrik: „als ungeheilt auf Wunsch gegen ärztlichen Rat entlassen“ ist nur im Interesse des Arztes aufgestellt und soll denselben von der Verantwortung einer zu frühen Entlassung aus der Behandlung befreien. Es gibt renitente Kranke, die sich standhaft weigern, den ärztlichen Anordnungen Folge zu leisten, z. B. eine als unerläßlich befundene Operation an sich vornehmen zu lassen u. ä. Hier kann ein gewissenhafter Arzt die Verantwortung für die weitere Behandlung des Kranken nicht übernehmen, und wenn sich derselbe auch noch weigert, in ein Krankenhaus zu gehen, so bleibt nichts übrig, als ihn unter vorstehender Formel zu entlassen. Fügt er sich dieser Anordnung nicht, so steht dem Kassenvorstand die Verhängung von Ordnungsstrafen bis zu 20 M. oder die zwangsweise Unterbringung in einem Krankenhause zur Verfügung.

Die Fragen, wann der Kranke vom Arzte in der Wohnung besucht, bezw. in der Sprechstunde empfangen ist, sind wohl nur aufgestellt worden, um den Kassenvorstand darüber auf dem Laufenden zu halten, ob der Arzt den Kranken in der betr. Woche auch wirklich gesehen hat. Es erscheint mir diese Kontrolle zum mindesten überflüssig zu sein. Ein gewissenhafter Arzt weiß selbst am besten, wie oft er seine Kranken zu sehen für nötig hält, und die Zuverlässigkeit der Berichterstattung, d. h. des Krankenscheines, hängt wahrlich nicht von der Häufigkeit der ärztlichen Besuche ab. Man kann einen akut fieberhaft Erkrankten mehrmals täglich besuchen müssen und einen an Tuberkulose oder Krebs Leidenden nur alle 14 Tage, und in beiden Fällen gleich gut über den Stand der Krankheit orientiert sein. Eine Ausnahme machen natürlich Kassen, wo die Einzelleistung bezahlt wird; hier mag jeder Besuch schon auf dem Krankenschein im Interesse einer besseren Kontrolle gleich notiert werden. Ob und wann der Erkrankte in ein Krankenhaus versetzt ist, muß natürlich auf dem Krankenschein genau vermerkt sein. Wir werden auf das Verhältnis der Kassen zu den Krankenhäusern später (S. 124 ff.) noch besonders einzugehen haben.

Die letzte Frage betrifft den event. Tod des Erkrankten. Sterbegeld im 20fachen Betrage des durchschnittlichen Tagelohnes gehört zu den Mindestleistungen der Orts- und sonstigen Zwangskassen, ist fakultativ bei eingeschriebenen und freien Hilfskassen, dagegen in der Regel nicht gestattet bei der Gemeinde-Krankenversicherung. Doch kann die letztere bei besonderen günstigen Jahresabschlüssen mit

dauernden Ueberschüssen der Einnahmen über die Ausgaben eine „Erweiterung der Unterstützungen (§ 10 des K.V.G.) beschließen, die nach dem Kommissionsbericht der Novelle von 1892 in Rekonvaleszentenfürsorge, Gewährung von Sterbegeld oder einer Wöchnerinnenunterstützung zu bestehen hat (WOEDTKE, 1, S. 178). Die organisierten Kassen können das Sterbegeld bis zum 40-fachen Betrage des durchschnittlichen Tagelohnes erhöhen. Es wird auch an ehemalige Mitglieder ausgezahlt, wenn die Krankheit nach Beendigung der Krankenunterstützung fortgedauert und in weiterem ununterbrochenen Verlauf den Tod herbeigeführt hat. Die Todesursache ist gleichgültig für Auszahlung des Sterbegeldes; auch für Selbstmörder muß es gewährt werden. Ueber die Höhe des Sterbegeldes entscheidet der von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzte durchschnittliche Tagelohn, der zwischen 1 und 4 M. zu schwanken pflegt. Das Sterbegeld kann hiernach von 20, resp. 40 bis zu 80, resp. 160 M. betragen.

Nachdem wir den Arzt der Krankenkasse bei der Ausfüllung der Krankenscheine verfolgt haben, wollen wir seine weitere Tätigkeit in den Sprechstunden beobachten. Jeder Arzt, der bei Kassen tätig ist, ist verpflichtet, Sprechstunden für die Kranken abzuhalten, für welche sich gewöhnlich schon in den Kontrakten ein besonderer Passus findet. In der Regel werden 2 Sprechstunden zu verschiedenen Tageszeiten festgesetzt, morgens von 8—9 oder 8—10, nachmittags je nach den Wünschen des betreffenden Arztes in den Stunden von 2—7, jedoch gewöhnlich nur 1 Stunde. Nur an Sonn- und Feiertagen pflegt die Morgensprechstunde auszureichen. Da viele Kassen an Feiertagen überhaupt geschlossen sind, so kann der Kranke an diesen Tagen keinen Krankenschein erlangen. Es liegt den Kranken aber, abgesehen von der ärztlichen Behandlung, viel daran, daß der Feiertag mitgerechnet wird, da er ja auf die 3-tägige Karenzzeit mit in Anrechnung gebracht wird. Welche Tage als „Feiertage" zu betrachten sind, bestimmt sich nach allgemeinem Landesrecht, das z. B. für den Bußtag, für die katholischen und protestantischen Feiertage etc. sehr verschieden ausfallen wird. Die ärztliche Tätigkeit ist an diesen Tagen in der Sprechstunde oft besonders groß, da eine ganze Reihe leicht Erkrankter wenn möglich bis zum letzten Arbeitstage arbeitet, und ferner alle Erwerbsfähigen die Feiertage zum Besuche des Arztes benutzen, um ihre Arbeit nicht zu versäumen. Aerzte, die neben ihrer Kassenpraxis eine größere Privatpraxis treiben, werden gut tun, ihre Sprechstunden möglichst zu sondern, weniger dem Ort als der Zeit nach. Es ist nicht jedermanns Geschmack, mit den oft direkt von der Arbeit kommenden und daher unreinlichen oder auch oft unmanierlichen Patienten in einem Zimmer warten zu müssen. Die Bestimmung der Armenärzte, daß die Armenkranken stets in der Morgensprechstunde zu erscheinen haben, ist für die Kassen nicht durchführbar, da gar zu oft die Arbeiter direkt bei der Arbeit erkranken oder sich krank melden und dann am selben Tage zum Arzt gehen oder geschickt werden. In Hamburg waren anfangs bei den organisierten Kassen die Sprechstunden auf 8—9 vormittags beschränkt, sind aber allmählich bei den meisten um 1 Stunde verlängert und 1 Nachmittagssprechstunde vermehrt worden.

Die Lage der Wohnung des Arztes bestimmt sich in der Regel nach dem Bezirk, für den er von der Kasse angestellt worden ist. Es soll den Kranken und Aerzten dadurch erleichtert werden, sich aufzusuchen, und verhindert werden, daß durch zu große Entfernungen

unnützer Zeitverlust entsteht. Manche städtische Aerzte halten im Bezirk, für den sie angestellt sind, Sprechstunde, während sie ihre Wohnung in einem anderen Bezirk haben. Dies hat allerdings den schon erwähnten Vorteil, daß die Kassenkranken mit der Privatklientel des Arztes nicht in Berührung kommen. Es vermehrt aber die Geschäftsunkosten des Arztes erheblich und kostet ihm jedenfalls mehr Zeit. Für die Kranken sind diese Einrichtungen deshalb nicht zu empfehlen, weil sie dadurch leicht die Empfindung bekommen, vom Arzt nicht als vollberechtigt angesehen zu sein. Der Arzt muß aber alles vermeiden, was das schon immer etwas vorhandene Mißtrauen gegen den „Zwangsarzt“ vermehren könnte. Zudem nähert sich die Einrichtung, wenn sich z. B. mehrere Aerzte zu diesem Zwecke zusammentun, den berüchtigten Ambulatorien des Dr. LANDMANN, die nur im Interesse der Krankenkassen, aber sehr gegen die Interessen der Mitglieder und der Aerzte ins Leben gerufen sind. Wir würden damit zu ähnlichen Zuständen, wie in England (s. S. 221 dieses Bandes), gelangen, vor denen nicht dringend genug gewarnt werden kann.

Die Verordnung von Arzneien spielt eine große Rolle in der kassenärztlichen Praxis und bedarf einer etwas eingehenderen Besprechung. Die Ausgaben der deutschen Krankenversicherung für Arznei und sonstige Heilmittel betrug im Jahre 1900 = ca. 17 Proz. der Gesamtausgaben für Krankheitskosten; diese Zahl wird nur von der Ausgabe für Krankengelder (44 Proz.) und für ärztliche Behandlung (22 Proz.) übertroffen, während die Ausgaben für Wöchnerinnenunterstützung, Sterbegelder, Kur- und Verpflegungskosten an Krankenanstalten und Fürsorge für Rekonvaleszenten weit dahinter zurückbleiben.

Die Tatsache, daß durch die Form der Arzneiverordnungen den Kassen große Kosten erspart werden können, kam den beteiligten Kreisen bald nach Inkrafttreten des K.V.G. zum Bewußtsein. Der erste, welcher die Ersparnis beim Verordnen von Arzneimitteln in ein System brachte, war der schon genannte Dr. LANDMANN in Barmen, welcher 1893 mit einer Schrift, „Anleitung zur Verminderung der Arzneikosten bei den Krankenkassen“ an die Oeffentlichkeit trat und gleichzeitig einen Prospekt an die Kassenvorstände verschickte, der folgendes Programm enthielt (Aerztl. V.Bl., 1893, S. 65):

Zur Bekämpfung jeglicher Arzneivergeudung bedürfen die Kassen 1) günstige Vereinbarungen mit Aerzten und Apothekern, 2) Regelung des Handverkaufs in den Apotheken, 3) Revision der Rezepte in Bezug auf die Taxansätze und ärztlichen Verschreibungsfehler. Zur Ausführung dieses Programms bedarf es einer Anleitung zur Rezeptersparnis für die Aerzte und eines Rezeptkontrollbureaus für Aerzte und Apotheker. Später erweiterte LANDMANN sein Institut zu einem Bureau für Medizinalangelegenheiten und empfahl den Kassen die Einrichtung von Warenhäusern für Handverkaufsartikel. Ja, im Jahre 1898 ging LANDMANN so weit, den Kassen zu empfehlen, ihre Aerzte als feste Beamte mit einem Jahrgehalt von 5000–6000 M. und Verzicht auf Privatpraxis anzustellen und eigene Kassenpolikliniken zu gründen. Die mit diesem System gemachten Erfahrungen, das uns zu englischen Zuständen führen würde (s. oben), haben glücklicherweise verhindert, daß dasselbe größere Ausdehnung erlangt hat. Dagegen fiel LANDMANNS Anregung in Bezug auf die Kostenpraxis beim Verordnen von Arzneien auf günstigen Boden, und es soll nicht geleugnet werden, daß eine Ersparnis, die ohne Schaden für die Kranken vorgenommen werden kann, eine Pflicht des Arztes, welcher für Krankenkassen

tätig ist, vorstellt. Die Art und Weise, wie dies zu geschehen hat, will erlernt werden. Auf der Universität und in der Privatpraxis hatte der Arzt bisher keine Gelegenheit hierzu. Es existieren nun eine ganze Anzahl sehr praktischer Anleitungen zur ökonomischen Verschreibweise in der Kassenpraxis, von denen ich die mir bekannt gewordenen erwähnen will.

Das ausführlichste Werk dieser Art ist das von Dresdner, Aerztliche Verordnungsweise für Krankenkassen und Privatpraxis, nebst Rezeptsammlung, München 1900 (XII, 527 SS., Pr. geb. 7,50 M.). Sehr verbreit ist ferner Dronke, Der Arzneiverkehr für Krankenkassen, 3. Aufl., Köln a. Rh. 1898; hierzu 1.—3. Nachtrag, 1902. Ferner ist zu empfehlen Schreiber (Pseudonym für Classen), Arzneiverordnungen, mit Berücksichtigung billiger Verschreibungsweise, Frankfurt a. M. 1892.

Endlich existieren eine Anzahl Anleitungen, die von einzelnen Vereinigungen, Korporationen oder Behörden herausgegeben wurden, von denen folgende zu erwähnen sind:

Anleitung zu Ersparnissen bei dem Verordnen von Arzneimitteln für die Aerzte der Dienstbotenkrankenkasse und der Gemeinde-Krankenversicherung zu Hamburg. 2. Aufl., Hamburg 1899.

Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, Veröffentlichung No. 2: Anleitung zur ökonomischen Verordnungsweise für Krankenkassen, Leipzig, o. J. (1902) Pr. 50 Pf. — Id. No. 6: Sammlung taxierter ökonomischer Kassenrezepte, Leipzig 1903, Pr. 1,50 M.

Zentralkommission der Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen Berlins und der Vororte: Anleitung zur sparsamen Arzneiverordnung, Berlin 1901, Pr. 75 Pf.

Allen diesen Anordnungen gemeinsam ist das Bestreben, dem Arzt gewisse Regeln zu geben, wie er, ohne seinen Patienten das gewollte Medikament zu entziehen, durch gewisse Formalien der Kasse Ersparnisse machen kann.

Die wichtigsten dieser Punkte sollen hier kurz durchgesprochen werden. Die größte Ersparnis kann der Arzt durch Verordnung von Handverkaufsartikeln erzielen. Größere Krankenkassen haben gewöhnlich mit einem oder mehreren Apothekern eine Handverkaufstaxe vereinbart, auf der neben allen den Mitteln, welche dem freien Verkehr überlassen sind, die Preise für verschiedene Dosen (minor, major und maxima) verzeichnet sind und die sich in den Händen der Aerzte befinden. Wo eine solche Handverkaufstaxe nicht vorhanden ist, muß der Arzt die einfachen Hausmittel in deutscher Sprache und nach dem Preise, nicht nach Gewicht, verordnen, also z. B. für 10 Pf. Rizinusöl, nicht Ol. Ric. 20 g; oder für 50 Pf. Kamillentee, nicht Flor. Chamomill. 100 g.

Als mustergültig für alle Krankenkassen kann die Handverkaufstaxe der Hamburger Behörde für Krankenversicherung (jetzt: für das Versicherungswesen) auf Grund des mit dem Hamburg-Altonaer Apothekerverein abgeschlossenen Vertrages gelten, die in der oben erwähnten Anleitung nebst Magistralformeln und Pharmacopoea oeconomica enthalten ist. Wir geben diese Taxe unter Fortlassung der Preise, die ja alljährlich nach der jeweiligen Arzneitaxe wechseln, hierunter:

Handverkaufstaxe für Arzneistoffe.

	Dosis in Gramm		
	minor	major	maxima
Acetum	200	500	
„ pyrolignosum crudum .	200	500	
„ „ rectificatum	200	500	
Acidum boricum crystallisat. .	50	100	
„ „ pulver. . .	20	50	100
„ carbolicum crudum .	100	500	
„ „ liqu. . . (zu Händ. d. Arztes)	100	250	
„ hydrochloricum crudum	200	500	
„ nitricum crudum . .	100	500	
„ sulfuricum crudum . .	100	500	
„ tannicum	20	50	100
„ tartaricum pulver. . .	20	100	
Aether	100	250	
Alcohol absolutus	100	500	
Alumen pulver.	50	100	500
„ ustum pulver. . . .	20	50	
Ammonium chlorat.	20	50	
Amylum Oryzae oder Tritici .	100		
Aqua borica 2—4 %	200	500	
„ calcariae	200	500	
„ chlorata	100	200	500
„ carbolis. 2—5 % . . .	200	500	1000
„ destillata . . . 1 Lit.			
„ Picis	100	500	
„ Plumbi	200	500	
„ salicylata 3 $^0/_{00}$ (inkl. Fl.)	750		
Badesalz, Staßfurter . 1 kg / 25 „			
Balsamum peruvianum . . .	10	30	
Benzinum Petrolei	100	500	
Borax pulver.	20	50	100
Bismut. subnitr.	20		
Bitterwasser $^7/_{10}$ Lit.			
Bromwasser Erlenmeyer, nur auf besondere Verordnung, $^1/_1$ Fl.			
Cacao sine oleo (Cacao praeparata)	100	250	500
Calcaria chlorata	250	500	
Calcium sulfuricum ustum (gebrannter Gips)	500	1000	
(Capsulae gelatinosae, venales)			
Capsulae Balsam. Copaivae 0,6 cum scat.	10 St.	30 St.	100 St.
„ „ „ et Extr. cub. aeth aa 0,3 c. scat.	10 „	30 „	
„ Creolin, Natr. bicarb. Ol. Jecor. Aselli aa 0,1 cum scat.	30 „	100 „	
„ Extr. Filicis, 0,6 . (käufliche Abgabe) „	10 „	20 „	
„ „ „ 1,0 . „	10 „		
„ „ „ 2,0 . „	5 „		
„ „ „ 5,0 . „	2 „		
„ „ „ 1,0 et Ol. Ricini 2,0 „	10 „		
„ Guajacol 0,05 et Bals. tolut. 0,2 . „	30 „		
„ „ 0,1 et Balsam. tolut. 0,2 . „	30 „	100 „	

	Dosis in Gramm		
	minor	major	maxima
Capsulae Kreos. 0,05 Balsam. tolut. 0,2 cum scat.	50 St.	100 St.	
„ „ 0,1 Balsam. tolut. 0,2 cum scat.	50 „	100 „	
„ „ 0,15 Balsam. tolut. 0,2 cum scat.	50 „	100 „	
„ „ 0,05 et Ol. Amygd. 0,2 cum scat. .	50 „	100 „	
„ „ 0,1 et Ol. Amygd. 0,2 cum scat. . .	50 „	100 „	
„ „ 0,15 et Ol. Amygd. 0,2 cum scat. . .	50 „	100 „	
„ „ 0,05 et Ol. Jecor. 0,2 cum scat. . .	50 „	100 „	
„ „ 0,1 et Ol. Jecor. 0,2 cum scat. . .	50 „	100 „	
„ „ 0,15 et Ol. Jec. 0,2 cum scat. . .	50 „	100 „	
„ „ 0,05 Natr. bicarb. Ol. Jecor. Aselli aa 0,2 cum scat.	30 „	100 „	
(Ohne besondere Angabe der Gewichtsmenge des Kreosots wird 0,05 gegeben).			
Capsulae Ol. Eucalypti 0,3 cum scat.	10 „		
„ „ Ligni Santali ostind. 0,3 cum scat.	10 „	30 „	
„ „ „ „ ostind. 0,5 cum scat.	10 „	30 „	
„ „ Terebinth. rect. 0,5 cum scat.	10 „		
Carrageen conc.	50	100	
Carbo pulv.	50		
Cataplasma, deutsch	1 St.		
Charta nitrata 1 Bog. (1400 qcm)			
„ resinosa 1 „ „			
„ sinapisata . . . 1 Blatt / 3 „			
Cognac (Spiritus e vino) echt franz.	100	500	700
„ „ „ ($^7/_{10}$ Lit. inkl. Flasche)			
Collodium et elasticum . . .	10	50	100
Cort. Condurango conc. . . .	30	100	
„ Frangulae conc. . . .	50	100	250
„ Quercus conc.	100	500	
Creolinum	100	250	
Electuar. e Senna	20	50	
Elixir. Aurant., compositum .	30		
„ e Succ. Liquiritiae . .	30	100	
Empl. adhaesiv. extensum . . 20 cm lang, 20 cm breit	100 qcm		
1 m „ „ „			
2 m „ „ „			
„ adhaesiv. american. . . $^1/_2$ Rolle, 650 qcm	100 qcm		
1 „ 1500 qcm			

	Dosis in Gramm		
	minor	major	maxima
Empl. Canthar. ordinarium .	10		
,, ,, ,, et perpet. extensum 25 qcm			
,, Cerussae	10		
,, ,, extensum 100 qcm $^1/_2$ m lang, 20 cm breit			
,, fuscum	10		
,, fuscum camphor. . .	10		
,, Hydrargyri american. extensum 100 qcm			
$^1/_2$ Rolle 650 ,,			
,, Lithargyri extens. 100 ,, $^1/_2$ m lang, 20 cm breit			
,, oxycroceum	10		
,, ,, extensum 100 qcm $^1/_2$ m lang, 20 cm breit			
,, sapon. extensum 100 qcm $^1/_2$ m lang, 20 cm breit			
,, sapon. salicyl. 10 % extensum 100 qcm $^1/_2$ m lang, 20 cm breit			
,, ,, salicyl. 20 % extensum 100 qcm $^1/_2$ m lang, 20 cm breit			
Emser Pastil., natürl. $^1/_2$ Schacht.			
(Felsen- od. Kränchenquelle) $^1/_1$,,			
Essentia Tamarind.	100	250	
Extr. Malti . . $^1/_1$ Flasche			
,, ,, mit Chinin $^1/_1$ Fl.			
,, ,, ,, u. Eisen $^1/_1$,,			
,, ,, ,, Eisen $^1/_1$,,			
,, ,, ,, Kalk $^1/_1$,,			
,, ,, ,, Lebertran $^1/_1$,,			
,, ,, ,, Lebertran u. Eisen $^1/_1$ Fl.			
,, ,, ,, Jod $^1/_1$,,			
,, ,, ,, ,, u. Eisen $^1/_1$,,			
(Präprate von Löfflund, Stechenbauer & Wolf und eigener Darstellung.)			
,, ,, ,, Pepsin $^1/_1$ Flasche			
Fehlingsche Lösung	100		
Ferr. oxyd. saccharat. . . .	30	100	
Ferr. sulfur. crud.	500	1000	
„Fleichextrakt“ Liebig . $^1/_8$ Pfd.			
$^1/_4$,,			
„Fleischpepton“ Kemmerich .	100		
Flores Chamomill. vulg. . .	20	100	250
,, Malvae arbor. . . .	30		
,, ,, sylvestr. . . .	30		
,, Sambuci conc. . . .	50	100	
,, Tiliae conc.	50	100	
Folia Menthae pip. conc. . .	30	100	
,, Salviae conc.	50	100	
,, Sennae alexandr. od. ostind. conc.	30	100	
,, Trifolii conc.	50	100	
,, Uvae Ursi conc. . . .	30	100	
Fructus Avenae excort. (Hafergrütze)	100	500	

	Dosis in Gramm		
	minor	major	maxima
Fructus Foeniculi	25	100	200
,, Juniperi	200	500	
Glacies pura . . . 1 Pfd.			
Gypsum ustum (siehe vorne Calcium sulf. ust.)			
Gelatina Zinci	50	100	250
Glycerinum	20	100	500
Glycerin-Suppositorien 1 Stück			
Herba Absinthii conc. . . .	30	100	
,, Millefol. conc. . . .	30	100	
,, Violae tricolor. . . .	50		
Infusum Sennae comp. . . .	30	100	
Kalium bromat. cryst. . . .	25	100	
,, ,, pulver. . . .	25	100	
,, carbon. crud. . . .	100	500	
,, permanganicum . . .	20	50	
,, sulfurat. pro balneo .	100	500	
Kindermehl, Nestle . 1 Dose			
Kindernahrung, Jungclaussen, 1 Dose			
Kosotabletten 1,0 cum scat. 10 St.			
,, 2,0 ,, ,, 10 ,,			
Lanolinum	20	50	100
Lichen island. conc.	50	100	
Linimentum ammoniat. . . .	50	100	
,, ammon.-camphor.	50	100	
,, sapon. ammon. .	50	100	
,, ,, camphor. .	50	100	200
Liquor ad Serum Lactis parand 1 Flasche	150		
,, Aluminii acetici . . .	100	200	
,, Ammonii caustic. spir. (Spirit. Dzondii)	50	100	
,, Cresoli saponatus . .	100	250	1000
,, Ferri albuminati . . .	100		
,, Ferro Mangan. pepton.	100		
$^1/_2$ Fl. incl. Glas		250	
$^1/_1$,, ,, ,,			500
,, ,, Mangan. sacchar.	100		
$^1/_2$ Fl. incl. Glas		250	
$^1/_1$,, ,, ,,			500
,, Ferri peptonati . . .	100		
$^1/_2$ Fl. inkl. Glas		250	
$^1/_1$,, ,, ,,			500
Lycopodium	15	50	
Lysolum . . . . inkl. Glas	100		
,, ,,		250	
,, ,,			1000
Magnesia usta	20		
Magnesium carbon. pulver. .	20		
,, sulfur.	100	300	
Maltum Hordei	100	500	
Mel rosat. borax. 10 % . . .	20	50	
Milch, kondensierte, Cham. 1 Dose			
Milchzucker, steril. (Löfflund)	500		
Natrium bicarb. pulver. . . .	50	125	
,, carbon. crud. . . .	500		
,, sulfur. pur.	100	200	
Oblaten . . . . . 10 Stück			

	Dosis in Gramm		
	minor	major	maxima
Oleum Amygdalar. (verum)	30		
„ carbol. mit Ol. Olivar bereitet 1—5 %	30	100	200
„ „ mit Ol. Olivar. bereitet 6—10 %	30	100	
„ camphorat.	20		
„ Hyoscyami	30	100	
„ Jecoris Aselli alb. et flav.	100	200	500
„ „ „ ferrat. (2,0 % Ferrum)	100	200	
„ Lini	50	100	200
„ Olivarum	50	100	200
„ Rapae	50	100	200
„ Ricini	20	50	100
„ Terebinth.	50	100	200
Pflastermulle (Guttapercha) mit Bleipflaster 200 qcm			
„ „ Borsäure „			
„ „ Karbolsäure „			
„ „ Jodoform „			
„ „ Quecksilber „			
„ „ „ u. Karbolsäure „			
„ „ Quecksilber u. Zinkoxyd „			
„ „ Salicylsäure „			
„ „ „ u. Quecks. „			
„ „ Sublimat „			
„ „ Teer „			
„ „ Zinkoxyd „			
„ „ „ u. Karbolsäure „			
„ „ Zinkoxyd u. Salicylsäure „			
„ „ Zinkoxyd u. Teer „			
Pilulae aloet. ferrat. . 30 St.			
„ Ferri carbon. Blaud. cum scat. 100 St.			
„ Kreosoti 0,05 cum Cacao vel Sacch. obduct. cum scat. 100 St.			
„ Kreosoti 0,1 cum Cacao vel Sacch. obduct. cum scat. 100 St.			
Pix liquida	100	200	
Placenta Sem. Lini pulver.	100	200	500
Pulvis aërophor.	30		
„ „ geteilt . 1 St.			
3 „			
„ „ laxans . 1 „			
3 „			
„ Liquiritiae comp.	30	50	100
„ Magnes. c. Rheo	10		
„ salicyl. cum Talco	50	100	
Radix Althaeae conc.	30	100	
„ Bardanae conc. (Klettenwurzel)	50	100	
„ Gentian. conc.	50	100	

	Dosis in Gramm		
	minor	major	maxima
Radix Liquiritiae mund. conc.	50	100	
„ Ononidis conc.	70	100	
„ Rhei conc.	10	30	50
„ Sarsaparillae conc.	100		
„ Valerian. conc.	20	50	100
Rhizoma Calami non mund. conc.	100	500	
„ Graminis conc.	100	200	
Sal. Carol. fact. cryst.	100	200	
„ „ „ pulver.	100	200	
„ Emsens. factit. . 1 Glas			
Sapo kalinus	100	500	
„ viridis	100	500	
Sapocarbolum (50 % Cresol)	200	500	1000
Seesalz, echtes	1 kg	10 kg	
(Badesalz siehe vorne)			
Seife, Karbol.- . 1 St.			
„ Glycerin- . 1 „			
„ Ichthyol- . 1 „			
„ Schwefel- . 1 „			
„ Schwefelteer- . 1 „			
„ Teer- . 1 „			
„ Teer- von Berger (nur auf besond. Verordnung) 1 St.			
„ Thiol- . 1 „			
Semen Lini	100	500	
„ Phaseoli pulv. (Bohnenmehl)	50	200	
„ Quercus tost. pulv. (Eichelkaffee)	100	500	
„ Sinapis pulv. gr.	60	200	
Sirupus Rubi Idaei	100	250	
Species aromaticae	30	100	
„ diureticae	30	100	
„ emollientes	30	100	
„ laxantes (St. Germain)	20	100	
„ Lignorum	50	100	
„ pectorales	40	100	
Spiritus aethereus	30	100	
„ caeruleus	50	100	
„ camphor.	60	100	200
„ Formicarum	50	100	200
„ russicus	50	100	250
„ saponato-camphor.	50	100	200
„ saponatus u. saponato-kalinus	50	100	200
„ Sinapsis	30	100	
Stifte, Alaun- . . 1 Stück			
„ Cupr. alumin. 1 „			
„ „ „ mit Holzfassung 1 „			
„ Cupr. sulfur. . 1 „			
„ „ „ mit Holzfassung 1 „			
„ Laminar- . . 1 „			
„ Zinc. chlorat. . 1 „			
Succ. Liquir. crud.	50		
„ „ „ dep. in bacillis	20		
Talcum pulver.	100	500	
Tartarus depuratus (Cremor tartari)	15	50	

	Dosis in Gramm		
	minor	major	maxima
Tinctura Aloes comp. . . .	30	50	100
„ amara	30	50	100
„ Arnicae	30	50	100
„ aromat.	30	50	100
„ „ amara . . .	30	50	100
„ Aurantii Corticis . .	30	50	100
„ Chinae comp. . . .	30	100	
„ „ simplex . .	30	100	
„ Ferri comp. aromat.	100		
1/2 Fl. inkl. Glas		250	
1/1 „ „ „			500
„ „ chlorat. aether. .	30		
„ „ pomata . . .	30	50	100
„ Myrrhae	30	50	100
„ Rhei aquosa . . .	30	50	100
„ „ vinosa	30	50	100
„ Valerianae	30	50	
„ „ aeth. . .	30	50	
Trochisci Ammon. mur. sine Argento cum scat.	30		
„ Natrii bicarbonici 12 St.			
„ Santonini à 0,05 12 „			
„ Seripari . . 36 „			
Tubera Salep pulv.	10	50	
Unguent. Acidiborici 10 % .	20	50	100
„ basilicum	25	50	
„ boro-glycerinatum vel lanolinatum	20	100	
„ carbol. 2 % . .	20	100	
„ cereum seu simplex	20	100	
„ Cerussae u. U. Cerussae cum Adipe suillo	20	100	
„ Cerrussae camphor.			
„ diachylon u. U. diachylon cum Vaselino	20	100	200
„ Kal. jodat. . . .	15	50	

	Dosis in Gramm		
	minor	major	maxima
Unguentum leniens	20	100	
„ Paraffini	20	100	
„ Plumbi	20	100	
„ Zinci	20	100	
Vaselinum flavum	20	100	
Vinum album 1/2 Fl.			
1/1 „ . . 7/10 l			
Vinum camphorat.	30	100	
„ Cascarae Sagradae . .	100		
„ Chinae	100		
1/2 Fl. inkl. Fl.			
1/1 „ „ „			
„ „ cum Ferro . .	100		
1/2 Fl.			
1/1 „			
„ Coca	100		
„ Condurango	100		
1/2 Fl.			
1/1 „			
„ hungaricum . 1/4 „	125		
1/2 „		250	
1/1 „			500
„ Malaga 1/2 Fl. . . .			
1/1 „ . . 7/10 l			
„ Malorum 1/1 „ . . 7/10 l			
„ Pepsini (Pepsinessenz) .	150		
1/2 Fl.			
1/1 „			
„ Oporto seu lusit.			
1/2 Fl.			
1/1 „			
„ rubrum . . . 1/2 „			
1/1 „			
„ Xerense . . . 1/2 „			
1/1 „	50	250	500
Wasserglas, rohes			

Es empfiehlt sich natürlich, eine der 3 Dosen auf dem Rezept anzugeben. Das Verschreiben der Handverkaufsartikel geschieht entweder auf besonderen Scheinen oder auf den gewöhnlichen Rezeptformularen unter Durchstreichung des „Rec." am Kopf. Eine besondere Signatur dürfen diese Rezepte nicht tragen, da sonst die Rezepturpreise berechnet werden dürfen. Dagegen darf der Namen des Mittels (deutsch oder lateinisch) oder allgemein gehaltene Bezeichnungen, wie „äußerlich", „nach Bericht", „zum Einreiben", „zum Gurgeln" darauf stehen, nicht aber „Augenwasser", „Mundwasser" oder dgl. Traut man der Zuverlässigkeit des Patienten nicht zu, die mündlich gegebene Gebrauchsanweisung zu behalten, so gebe man ihm dieselbe separat schriftlich auf einem Zettel mit. Mischungen von mehreren Handverkaufsartikeln (z. B. Rad. Althaeae und Lichen Islandicus, Tinct. Chinae comp. und Tct. Rhei vinos.) muß der Patient selbst vornehmen; der Arzt muß die Mittel gesondert verschreiben.

Die Magistralformeln sind fertige Rezepte, die als Muster einfacher und billiger Rezeptverschreibung dienen können und dem

Arzt viel Zeit und Mühe ersparen, da er nur die fertige Formel aufs Rezept zu schreiben braucht. Sie sind besonders in der Armenpraxis beliebt und als solche in Berlin, Hamburg und Köln verbreitet. Der Arzt hat dann nur nötig, die betreffende Formel mit dem Zusatz „f. m." auf das Rezept zu schreiben und der Apotheker weiß, was er abzugeben hat. In Hamburg bedeutet z. B. „Mixtura nervina f. m." folgendes Rezept:

Rp. Kalii bromat. 8,0
Natr. bromat.
Ammon. bromat. āā 4,0
Aqu. destill. ad 200,0

Die Signatur: M.D.S. 3mal tägl. 1 Eßl. muß natürlich vom Arzt hinzugefügt werden.

Von besonderer Wichtigkeit für ökonomische Verordnungen ist die Größe der Gefäße, deren Grenzen in den verschiedenen Landestaxen variieren. Die Preise für die einzelnen Mengen schneiden nämlich an bestimmten Grenzen ab, deren Ueberschreitung auch in minimalster Menge die nächst höhere Taxstufe bedingen. Die Grenzen für Gläser bei Verordnungen flüssiger Arzneien sind beispielsweise 200, 300, 500, 1000 g. Um die gewünschte Grenze nicht zu überschreiten, empfiehlt es sich deshalb, bei Mischung oder Lösung verschiedener Mittel der letzten Zahl ein „ad" hinzuzufügen. Also nicht Kal. jodat 5,0, Aqu. destill. 200,0, sondern ad 200,0, ebenso Sol. Kal. jodat. 5,0: ad 200,0. — Dasselbe gilt für Tropfen und Pulvermischungen. Handelt es sich aber um Salben, deren Bestandteile Wasser zur Lösung brauchen, ehe sie mit dem Fett gemischt werden, so darf der Arzt nicht vergessen, dies besonders zu bemerken. Also nicht

Rp. Jodi	0,5	sondern	Rp. Jodi	0,5
Kal. jodat.	5,0		Kal. jodat.	5,0
Adipis ad	50,0		Aq. dest. q. s.	
			Adipis ad	50,0

Mittel, die lichtempfindlich sind und daher in dunkeln Gläsern verschrieben werden müssen, werden besser „ad vitr. fusc." als „ad vitr. nigr." verordnet.

Die Gefäße und Kruken sollen überhaupt stets in einfachster Ausstattung genommen werden, also halbweiße oder grüne Gläser, graue Salbentöpfe, Papierdüten statt Schachteln u. dgl. Nur für Augensalben sind weiße Kruken zugelassen.

Für Pulververordnungen sind folgende Punkte zu beachten:

Der Zusatz von Zucker ist tunlichst zu vermeiden und dies, wo nötig, dem Kranken zu überlassen. Bei indifferenteren Pulvern verschreibe man die doppelte Dosis in abgeteilten Pulvern und lasse hiervon die Hälfte nehmen, oder, was noch billiger, die ganze Menge als Schachtelpulver, das man dann messerspitzenweise verordnet. So läßt sich z. B. Bismut. subnitr. sehr gut in doppelter Dosis abgeteilt oder als Schachtelpulver verordnen.

Die Verordnung der Pulver in Kapseln ist mit geringen Ausnahmen (wie z. B. Methylenblau) ganz unzulässig. Dagegen kann man bei besonders schlecht schmeckenden Mitteln Oblaten verordnen, die der Patient mit den Pulvern in der Apotheke erhält.

Als besonders empfehlenswert für die Kassenpraxis ist die Verordnung in Pillenform. Hierbei ist jedoch zu beachten, daß der Arbeitslohn sich bei einer gewissen Anzahl von Pillen ändert, die in den verschiedenen Ländern verschieden hoch ist. Sie geht z. B. in

Sachsen von 30 zu 30 Stück, in Hessen von 25 zu 25, in Preußen und Hamburg von 50 zu 50 Stück. Man achte also darauf, die Anzahl der verordneten Pillen nach den verschiedenen Arbeitsstufen zu normieren, denn 51 Pillen kosten in Preußen ebensoviel Arbeitslohn wie 100 Pillen. Bei der Angabe des Constituens empfiehlt sich, eine bestimmte Angabe dafür zu machen, nicht etwa Massa Liquiritiae oder dgl. Als besonders empfehlenswert ist zu nennen Succ. Liquir. depurat., Extr. Graminis und Extr. Gentianae. Bei Herstellung größerer Pillenmengen kann auch Succ. Liquirit. venal. pulv. gut gebraucht werden. Für die Herstellung richtiger Konzentration der Masse gelten folgende Regeln:

a) Für Extrakte des 1. Konzentrationsgrades braucht man die doppelte Menge Pflanzenpulvers,

b) für solche 2. Grades $^2/_3$—$^1/_2$ eines Pflanzenpulvers,

c) für solche 3. Grades Zusatz von etwas Glyzerin, Spiritus oder Seifenspiritus zur Herstellung einer knetsamen Pillenmasse.

Bei Mitteln, die durch Pflanzenstoffe zersetzt werden, wie z. B. Argent. nitr., darf man, wie bekannt, erstere nicht verwenden, sondern nimmt an deren Stelle Bolus alba.

Zum Versüßen der Arzneien ist in der Regel nur Sirupus simplex zu verordnen. Wünscht man aus besonderen Gründen einen aromatischen Sirup, etwa Sir. Aurant. Cort., so ist es billiger, an seiner Stelle eine Mischung aus 1 Teil Tinct. Aurantii und 9 T. Sirup. spl. zu verordnen.

Die Elaeosacchara sind wegen ihres hohen Preises in der Kassenpraxis ganz zu vermeiden. Man kann sie ersetzen dadurch, daß man dem betreffenden Pulver eine Mischung von 1 Tropfen des entsprechenden ätherischen Oeles (z. B. Ol. Menthae pip., Ol. Cinnamomi) auf 3,0 g Sirup. spl. zusetzen läßt. Dasselbe gilt für die aromatischen Wasser (Aq. Menthae pip., Cinnamomi, Foeniculi), an deren Stelle man 1 Tropfen des betreffenden ätherischen Oeles auf 100,0 g Wasser zusetzen läßt. Statt also zu verordnen: Rp. Kal. jodati 5,0, Aqu. Menthae pip. ad 200,0, was nach der Taxe von 1899 = 1 M. 50 Pf. kosten würde, verschreibt man: Rp. Kal. jodat. 5,0, Ol. Menthae pip. gtt. II, Aq. dest. ad. 200,0, wofür nur 1 M. 20 Pf. berechnet wird.

Von Mitteln, die in Lösungen vorrätig sind, verschreibt man besser diese, als daß man sie erst lösen läßt. Dabei muß man aber natürlich das Verhalten der Lösung zu den ungelösten Stoffen kennen. Ich nenne die wichtigsten:

11 Acid. carb. liquefact.	entsprechen	10 Acid. carbol.
6 Liq. Ammon. carbon.	„	1 Ammon. carb.
3 „ Kal. acet.	„	1 Kal. acet.
3 „ „ carbon.	„	1 Kal. carbon.
3 Mucilago Gi. arab.	„	1 Gummi arab.
3 Sirupus simplex	„	2 Sacchar. alb.

Sehr zu empfehlen sind die in den letzten Jahren besonders aus Amerika zu uns gekommenen Extracta fluida, von denen je 1 g stets 1 g der Droge enthält. Als besonders beliebte Extrakte nenne ich Extr. fl. Hydrastis, Secal. cornut. (Ergotin), Condurango, Frangula Cascar. sagrad.

Pflaster lasse man entweder die Patienten selbst streichen oder verordne die in der Handverkaufstaxe aufgeführten gestrichenen Pflaster. Die ausländischen, besonders amerikanischen Pflaster werden

besser vermieden. Dagegen empfehlen sich für dermotherapeutische Zwecke sehr die von der chemischen Fabrik P. Beiersdorff & Co. in den Handel gebrachten Guttaperchapflastermulle[1]), die bei kleinem Bedarf zu 200 qcm, sonst in Bruchteilen von Metern verschrieben werden können.

Bei öligen Einreibungen soll man statt des teuren Ol. Olivar. besser Ol. Rapae verordnen.

Gurgelwässer mit indifferenten Stoffen (z. B. Kalkwasser, Borsäure, Tannin, Alaun, essigsaure Tonerde, Myrrhentinktur) stellt sich der Patient aus den verordneten Handverkaufsartikeln am besten selbst dar. Nur bei dem gefährlichem Kali chloric., das schon zu Vergiftungen geführt hat, empfiehlt es sich, die gewünschte Lösung und Menge zu verschreiben. Bei längerem Gebrauch von Lösungen (z. B. Jodkali) kann man das erste Mal die gewünschte Konzentration auf Rezept verschreiben und bei Wiederholungen dann nur die einfache, bezw. doppelte Menge des Salzes, die man den Patienten selbst auflösen läßt.

An Stelle der natürlichen Mineralwässer kann man vorteilhaft die von Dr. Ernst Sandow in den Handel gebrachten künstlichen Mineralsalze verwenden, die sehr billig sind und für längere Zeit ausreichen. Besonders beliebt sind das künstliche Karlsbader, Emser und Wildunger Salz.

Die benutzten Gefäße sollen von den Kranken an die Apotheken wieder zurückgeliefert werden. Bei Wiederholungen derselben Arznei mache der Arzt einen entsprechenden Vermerk auf dem Rezept, als D. ad vitr. (ollam, scat.) remiss. oder D. sine vitr. (olla, scatula).

Eine besondere Stellung nehmen seit Einführung der 4. Ausgabe der Pharmacopoeae germanicae eine Reihe von Mitteln ein, die früher patentiert waren und deren Namen noch jetzt gesetzlich geschützt sind, während das Mittel selbst mit seiner wissenschaftlichen Bezeichnung frei ist. Der Preisunterschied beträgt oft bis zu 50 Proz., je nachdem man den patentierten Namen oder die wissenschaftliche Bezeichnung gebraucht, die für die Kassenpraxis selbstverständlich die allein zulässige ist. Die hauptsächlichsten derartigen Mittel sind die folgenden:

Antifebrin	muß	heißen	Acetanilidum.
Antipyrin	„	„	Pyrazol. phenyldim.
Aspirin	„	„	Acid. acetosalicylicum.
Crurin	„	„	Chinol.-Bism. rhodanat.
Dermatol	„	„	Bismut. subgallic.
Diuretin	„	„	Theobromin. natr.-salicyl.
Hetol	„	„	Natr. cinnamylic.
Lanolin	„	„	Adeps Lanae c. aqua.
„ anhydr.	„	„	„ „ anhydric.
Lysol	„	„	Liq. Cresol. sapon.
Migraenin	„	„	Pyrazol. phenyldim. coffein.-citr. oder auch Antipyret. compos.
Phenacetin	„	„	Paracetphenetidin
Salipyrin	„	„	Pyrazol. phenyldim. salicyl.
Salol	„	„	Phenyl. salicyl.
Sidonal	„	„	Piperazin. chimic.
Trional	„	„	Methylsulfonal.

1) Nach Unna.

Tussol	muß	heißen	Pyrazol. phenyldim. amygda .
Thiocol	„	„	Kal. guajaco-sulfur.
Urosin	„	„	Lith. citro-chimic.
Urotropin	„	„	Hexamethylentetramin
Xeroform	„	„	Tribromphenolwismut.

Die Namen sind zum Teil ja recht unbequem und auch schwer zu behalten. Aber so lange die moderne Chemie keine kürzeren Namen findet, bleibt nichts übrig, als die längeren an Stelle der wortgeschützten Bezeichnungen zu setzen [1]).

Zur Kontrolle der Rezepte haben viele Kassen ein Abkommen mit bestimmten Aerzten oder Apothekern getroffen, die sowohl die richtige Taxierung seitens der Apotheker als die möglichst ökonomische Verschreibweise durch die Aerzte festzustellen haben. Solche Kontrollbureaus bestehen bei dem schon oft genannten Dr. LANDMANN (s. ob. S. 114) und bei einem früheren Apotheker DRONKE in Köln a. Rh. Letzterer, welcher die Rezeptrevisionen für die von der Hamburger Behörde für das Versicherungswesen verwalteten Krankenkassen vornahm, stellte die Rezepte, welche etwa Verstöße gegen die amtliche Anleitung zu Ersparnissen (cf. S. 115) enthalten, zusammen und wies auf die entsprechenden Paragraphen der Anleitung hin. Die Behörde übermittelte vierteljährlich die betreffenden Monita „zur gefl. Kenntnisnahme" den Aerzten. Es wird dadurch zwar erreicht, daß die Aerzte immer von neuem wieder an die Anleitung zur Rezeptersparnis erinnert werden, doch wird diese Kontrolle von Aerzten durch einen Laien vielfach als unwürdig empfunden, ohne daß bis jetzt die Behörde zu einer Veränderung sich veranlaßt gesehen hat. Am Schlusse dieses Abschnittes wollen wir für poetisch veranlagte Gemüter noch die Verse bringen, in welche Dr. R. LANDAU in Nürnberg 10 goldene Gebote der Pharmacopoea oeconomica gebracht hat (Aerztl. V.Bl., 1900, S. 421):

1. Nicht immer muß man ein Rezept verschreiben;
   Auch anders läßt sich Krankheit oft vertreiben.
2. Eh' du verschreibst, studier' die Arbeitstaxe,
   Das ist fürwahr des Kostenpunktes Achse.
3. Die Taxe der Gefäße mußt du kennen,
   Soll man sorgfältig und gerecht dich nennen.
4. Remissum vitrum muß man stets bemerken
   Bei wiederholten Apothekerwerken.
5. Benutze gern die Handverkaufsartikel,
   Sie helfen auch und sparen manchen Nickel.
5. Doch soll'n sie Handverkaufsartikel bleiben,
   Mußt du nach Geldwert immer sie verschreiben.
7. Erprobte Mittel wählen, ist das Rechte!
   Denn alte Mittel sind nicht immer schlechte.
8. Bei neuen Mitteln halte dich gebunden,
   Eh' du verschreibst, die Preise zu erkunden!
9. Die fremden Spezialitäten meide,
   Bekannte sind es meist in neuem Kleide.
10. Doch niemals darfst am falschen Ort du sparen,
    Das erste ist, das Wohl des Kranken wahren!

Das Verhältnis der Krankenkassen zu den Apotheken regelt sich, analog dem Verhältnis zu Aerzten und Krankenhäusern, nach

1) Einige Armenverwaltungen (z. B. in Berlin und Hamburg) haben die zweckmäßige Einrichtung getroffen, daß obige Mittel mit ihren beiden Namen auf kleine Zettel gedruckt werden, die der Arzt stets bei sich führen soll.

§ 6a, Absatz 6 des K.V.G., wonach die Kassen das Recht haben, die Lieferung der Arzneien nur durch bestimmte Apotheken zu gewähren. Meist wird so verfahren, daß die Kassenvorstände mit allen oder mehreren Apothekern des Ortes ein Abkommen getroffen haben, wonach dieselben den Kassen große Vergünstigungen gewähren, bestimmte Preise für Handverkaufsartikel und Magistralformeln nehmen und auf gewöhnliche Rezepte einen Abzug gewähren, der zwischen 10 und 25 Proz. zu schwanken pflegt. In einigen Städten kam es im Laufe der Zeit zu Differenzen zwischen Kassen und Apothekern, meist dadurch, daß erstere einen höheren Rabatt verlangten, als ihnen bisher geboten. Gingen die Apotheker hierauf nicht ein, so proklamierten die Kassen einen Apothekerboykott, nahmen gewisse Mittel, die zum Handverkauf zugelassen waren, in eigene Regie und beschränkten die Entnahme der übrigen Heilmittel auf ganz wenige Apotheken. Solche Apothekerboykotte sind besonders in Köln und Berlin zu Tage getreten. Der Kölner Boykott fand im Juli 1901 durch folgende Vereinbarung sein Ende (Arb.-Vers, 1902, S. 567):

„Die Apotheker erklären sich bereit, 15 Proz. Rabatt den dem Verbande angeschlossenen Krankenkassen zu gewähren, die Handverkaufsartikel freizugeben, so zwar, daß es den Mitgliedern überlassen bleiben soll, diese Artikel aus Apotheken und anderen Geschäften zu beziehen . . . Ferner soll alljährlich eine aus je 3 Vertretern der Apothekervereinigung und des Krankenkassenverbandes bestehende Kommission zusammentreten, um eine neue Preisliste für Handverkaufsartikel zu beraten und festzustellen, wobei nach Möglichkeit den Wünschen der Krankenkassen entsprochen werden soll . . .“

Die größte Ausdehnung nahm der Apothekerboykott in Berlin an, der Ende 1900 begann und Ende 1902 noch nicht beigelegt war. Hier verlangte die Zentralkommission der Krankenkassen Berlins einen Rabatt von 25 Proz. auf die Rezeptur, Ausgestaltung der Handverkaufstaxe, Fortfall der Gebühren für Gläser, Kruken, Schachteln u. s. w. Eine ausführliche Darstellung der verschiedenen Phasen dieses Streites findet sich in der Darstellung von Unger in der Arb.-Vers., 1902, No. 27. Wir haben keine Veranlassung, an dieser Stelle auf Einzelheiten dieses Falles weiter einzugehen[1]).

Die Krankenhauspflege der Versicherten, welche durch § 7 K.V.G. geregelt wird, spielt eine nicht unbedeutende Rolle unter den Aufgaben des Arztes bei Krankenkassen. Die Wahl der Krankenhauspflege steht nach dem Wortlaut des genannten Paragraphen nur der Kassenverwaltung, nicht dem Arzte zu. Gewöhnlich enthalten die Statuten Bestimmungen darüber, daß die Mitglieder der Kassen auf Antrag des Arztes oder auf Verfügung des Vorstandes freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause erhalten, wobei nach § 7 K.V.G. unterschieden wird zwischen solchen, die nur mit ihrer Zustimmung, und solchen, die ohne dieselbe in ein Krankenhaus versetzt werden können. Fehlt eine derartige Bestimmung in den Statuten, so kann, nach Mugdan (2, S. 64), die Kassenverwaltung die Unterbringung in ein Krankenhaus versagen, auch wenn der Arzt sie für notwendig hält. Zur freien Kur im Krankenhause gehört auch der Transport in dasselbe, bezw. von demselben in die Wohnung (Woedtke, 1,

1) Der Berliner Apothekerboykott ist am 1. Juli 1903 beendet worden. Die Krankenkassen haben sich mit einem Rabatt von $16^2/_3$ Proz. begnügt.

S. 165). Wer sich unbefugt weigert, in ein Krankenhaus zu gehen, oder dasselbe unbefugt verläßt, verliert für die Dauer dieser Weigerung alle Ansprüche aus der K.V., einschließlich des Krankengeldes. (Ebenda.) Zu Krankenhäusern gehören im weiteren Sinne auch andere Heilanstalten, als Irrenhäuser, Entbindungsanstalten, Wöchnerinnenasyle, Privatheilanstalten, aber nicht Armen- oder Siechenhäuser.

Der Gang der Ueberführung eines Kassenpatienten in ein Krankenhaus stellt sich nun in der Regel folgendermaßen dar. Der Arzt, welcher eine solche Ueberführung für notwendig erachtet, füllt einen dahin lautenden Schein, welcher Datum, Namen des Kranken und der betreffenden Krankenkasse, sowie Angabe der Krankheit und des Krankenhauses enthalten muß, aus und verweist damit den Kranken, resp. dessen Angehörige an das Bureau der Kasse. In Hamburg, wo das Transportwesen von Kranken in die Krankenhäuser eingehend geregelt ist, haben die Aerzte folgendes Schema für die Ueberweisung in die Krankenhäuser:

Hamburg, den .... 190.....

....

Inhaber....... des Mitgliedsbuchs No.......... der..
wohnhaft ....
bedarf wegen ....
der Aufnahme in d ....
....
....
....

Die Benutzung **öffentlichen Fuhrwerks** (Droschken, Pferdebahnen, Omnibus) zur Beförderung de.... Kranken ist nach der Verordnung vom 7. Mai 1890 gestattet.

(Unterschrift.)

Für die vorliegende Krankheit gewährt die..
freie Verpflegung im Krankenhause event. bis ....
Hamburg, den.....ten..................... 190....

Anmerkung: Die Benutzung öffentlichen Fuhrwerks ist nur bei folgenden Krankheiten verboten: Pest, Cholera, Fleckfieber (Typhus exanthematicus), Blattern, Scharlach und Diphtheritis.

Handelt es sich um eine der am Ende aufgeführten Infektionskrankheiten, so muß der Arzt einen roten Zettel benutzen oder auf andere Weise kenntlich machen, daß die Benutzung öffentlichen Fuhrwerks verboten ist. In dringlichen Fällen, besonders bei Verletzungen größerer Art, Blutungen u. dgl., kann der Arzt den Kranken auch direkt ins Krankenhaus senden, muß aber die Kasse sofort davon benachrichtigen. In den anderen Fällen füllt der Kassenbeamte den für die Kasse bestimmten Teil des Scheines aus und gibt denselben dem Kranken oder dessen Boten zurück, womit die Formalitäten erledigt sind.

Dieser etwas weitläufige Weg führt zu manchen Unzuträglichkeiten, zumal die Kassenpatienten nicht immer jemand haben, der für sie zum Bureau der Kasse gehen kann, wenn sie selbst dazu außer stande sind. Es würde viel einfacher und auch naturgemäßer sein, wenn dem Arzt, der doch allein über die Notwendigkeit einer Versetzung ins Krankenhaus entscheiden kann, überlassen bliebe, dies definitiv zu bewerkstelligen, und er dann nur, wie bei uns in dringlichen Fällen schon üblich ist, dem Kassenvorstande hiervon Mitteilung machte. Sehr zu begrüßen ist in diesem Sinne eine auf der III. Jahresversammlung

der freien Vereinigung von Ortskrankenkassen des Reg.-Bez. Wiesbaden am 27. Juli 1902 einstimmig gefaßte Resolution. Dieselbe nimmt Bezug auf § 6 des Vertrages der O.K.K. Frankfurt a. M. mit dem dortigen Krankenhaus, welcher lautet (Arb.-Vers., 1902, S. 671):

„§ 6. Die Aufnahme der erkrankten Kassenmitglieder erfolgt auf Grund eines namens des Kassenvorstandes auszustellenden Einweisungsscheines, dessen Formular mit der Anstaltsdeputation zu vereinbaren ist. Der Kassenvorstand verpflichtet sich zur Ausstellung desselben, sobald eine kassenärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der Krankenhausverpflegung vorgelegt wird."

Bisher konnten die K.K. auch die Ueberweisung von Geschlechtskranken in die Krankenhäuser ablehnen. Doch wird dieser Uebelstand, der im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege aus ärztlichen Kreisen stets energisch bekämpft wurde, mit der Novelle zum K.V.G. von 1903 in Fortfall kommen.

Die den K.K. durch die Krankenhäuser erwachsenen Kosten müssen als sehr hohe bezeichnet werden. Sie betrugen im Jahre 1900 für das ganze Reich 22 040 824 M., d. i. etwa $12^1/_2$ Proz. der Gesamtausgabe für Entschädigungsleistungen. In Hamburg entfielen im Durchschnitt auf ein Mitglied für das Jahr 1901 an Krankenhauskosten (nach dem Jahresbericht der Behörde für das Versicherungswesen für 1901):

bei	den	Ortskrankenkassen	4,81 M.
„	„	Betriebskrankenkassen	4,46 „
„	„	Baukrankenkassen	8,21 „
„	der	Gemeinde-Krankenversicherung	5,53 „
„	den	Innungskrankenkassen	7,08 „
„	„	eingeschriebenen Hilfskassen	1,89 „
„	der	Dienstbotenkrankenkasse	8,65 „

Die großen Differenzen in den einzelnen Kassenarten erklären sich aus der Verschiedenartigkeit der Mitglieder, speziell ihrer sozialen Stellung. Kassen, die viele verheiratete Mitglieder haben, werden weniger krankenhausbedürftige Patienten bekommen als solche, deren Mitglieder alleinstehend sind oder in fremden Haushaltungen wohnen oder dort beschäftigt sind. Im allgemeinen wird den festangestellten Aerzten häufig der Vorwurf gemacht, daß sie zu leicht ihre Patienten in die Krankenhäuser entsenden, weil sie kein materielles Interesse an der ferneren Behandlung hätten. Dieser Vorwurf trifft in seiner Allgemeinheit gewiß nicht zu. Auch beim besten Willen kann der Arzt selbst leicht Erkrankte nicht in ihrer Wohnung behandeln, wenn die Verhältnisse dies nicht zulassen. Bei der Abneigung, die durchschnittlich bei allen Versicherten besteht, in die Krankenhäuser zu gehen, wird hierdurch schon eine wirksame Korrektur gegen allzu häufige Krankenhausbenutzung geschaffen. Meine Erfahrung hat mich gelehrt, daß man viel mehr Kämpfe mit den Kranken oder deren Angehörigen bei wirklich notwendiger Krankenhauspflege zu bestehen hat, als daß man in Versuchung gerät, leicht Erkrankte unnötigerweise auf diese Art los zu werden. Einen großen Teil solcher Kranken stellen Patienten mit Leiden, die spezialärztliche Behandlung erfordern. Die K.K. stellen deshalb in neuerer Zeit in richtiger Erkenntnis dieser Tatsache im Interesse der Kranken und der Kasse mehr und mehr Spezialärzte an, auf die wir später noch zurückkommen werden.

Eine weitere Ersparnis an Krankenhauskosten können die Kassen durch Benutzung von Genesungs- und Verpflegungsheimen machen, wie solche in mehreren Städten bereits mit großem Erfolg

existieren. In die Genesungsheime gehören Rekonvaleszenten, die einer besonderen ärztlichen Behandlung nicht mehr bedürfen, ferner chronisch Leidende, wie Bleichsüchtige u. ä., bei denen die gleiche Voraussetzung zutrifft. Die Genesungsheime wurden sowohl von der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen in Preußen (Deutsche med. Wochenschr., 1900, No. 2), wie vom 29. Deutschen Aerztetag 1901 (Aerztl. V.Bl., 1901, S. 335) warm befürwortet. Solche Genesungsheime sind entweder eine Filiale des eigentlichen Krankenhauses, wie das Heim in Harlaching bei München, das auf ZIEMSSENS Veranlassung gegründet wurde und für 200 Betten eingerichtet ist (Zeitschr. f. Krankenpflege, 1900, S. 553). Oder sie sind von den Landesversicherungsanstalten oder von den Krankenkassen selbst errichtet. Zu der letztgenannten Gruppe gehören die von der O.K.K. für kaufmännische Geschäfte in Hamburg errichteten Anstalten in Trittau und Kollow bei Schwarzenbeck, die als mustergültig bezeichnet werden können (ADAM, Die Genesungsheime in Trittau und Kollow, in: Hamburg in naturw. und mediz. Beziehung, 1901, S. 402). Das Heim in Trittau ist für männliche Kranke bestimmt und hat 30 Betten, das Heim in Kollow für weibliche Kranke hat 54 Betten zur Verfügung. Die Herstellungskosten pro Bett betrugen in Trittau 2450 M., in Kollow 1800 M. Die Hamburger Dienstbotenkrankenkasse, welche mit der Verwaltung ein Abkommen getroffen hat, zahlt 2 M. pro Tag für jedes Mitglied, während die Verpflegungskosten in den Hamburger Staatskrankenanstalten jetzt 2,50 M. pro Tag betragen.

Eine weitere Entlastung der Krankenhäuser geschieht durch die Erholungsstätten, wie sie in Berlin auf Vorschlag von BECHER und LENNHOF errichtet sind. Die dortige Erholungsstätte vom Roten Kreuz liegt in der Jungfernhaide. Sie ist nur für den Tagesaufenthalt in der Zeit von 9 Uhr morgens bis 7 Uhr abends bestimmt. Die Kassenpatienten werden zu ermäßigten Preisen durch die Berliner Stadtbahn hinausbefördert, erhalten dort auf Kosten der Krankenkasse ein kräftiges Mittagessen und Milch je nach Verordnung des Arztes. Bei gutem Wetter halten sich die Kranken möglichst viel im Freien auf.

Eine weitere Abart der Krankenhäuser stellen ferner die Lungenheilstätten dar, die besonders durch die Versicherungsanstalten in Deutschland zu großer Entwickelung gelangt sind. Es gibt jetzt bereits 78 Tuberkuloseheime in Deutschland, die jährlich an 3000 Kranke verpflegen können. Die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte in Lübeck hat 4 solcher Heilstätten, in Oderberg bei St. Andreasberg für männliche und die Heilstätten Glückauf in St. Andreasberg, Groß-Hansdorf und Westerland (Sylt) für weibliche Lungenkranke. Außerdem besitzt Hamburg eine großartige Anstalt der Art in dem benachbarten Geesthacht, nach seinem Begründer EDMUND J. A. SIEMERS „Edmundstal“ genannt, die vom hamburgischen Staat subventioniert wird.

Die Versetzung von Kassenpatienten in die Tuberkuloseheime geschieht an verschiedenen Orten auf verschiedene Weise. In Hamburg erhalten die Kranken mit ihrer Zustimmung einen Schein vom Arzt, aus welchem hervorgehen muß:

a) wie lange das Mitglied an Lungentuberkulose ärztlich behandelt wird, und

b) ob der Arzt das Leiden für ein solches hält, dessen Behandlung in einer Heilstätte für Lungenkranke begründete Aussicht auf Bewahrung oder Rückerlangung der Erwerbsfähigkeit bietet.

Mit diesem Schein begibt sich der Kranke zunächst auf das Bureau der Kasse, welches denselben nach Prüfung seiner Verhältnisse an die Polizeibehörde verweist. Diese vermittelt die Anträge auf Einleitung des Heilverfahrens, eventuell nach Herbeischaffung noch fehlender Nachweise, an den Vorstand der Versicherungsanstalt. Letztere veranlaßt zunächst eine nochmalige eingehende Untersuchung des Kranken durch ihren Vertrauensarzt, nach dessen Befürwortung dann die Aufforderung an den Kranken ergeht, sich in die betreffende Heilstätte zu begeben. Dieser Weg erscheint auf den ersten Blick etwas umständlich, ist aber notwendig, weil die Heilstätten nur solche Tuberkulosekranken aufnehmen können, bei denen wirklich Aussicht auf Erfolg vorhanden ist. Ueber die Grundsätze, nach denen die hanseatische Versicherungsanstalt hierbei verfährt, gibt ein Rundschreiben Auskunft, das sie im Jahre 1894 versandt hat und das wir wegen seines allgemeinen Interesses hier zum Abdruck bringen wollen:

Hanseatische Versicherungsanstalt für Invaliditäts- und Altersversicherung.

Lübeck, den 30. September 1894.

Die Vorschläge, welche wir den Krankenkassen des Bezirkes unserer Anstalt (d. h. die Gebiete der drei freien und Hansestädte Hamburg, Bremen und Lübeck) wegen der Einrichtungen zur Vornahme des Heilverfahrens bei lungenkranken Versicherten in unseren Rundschreiben vom 14. Juni und 12. Juli d. Js. unterbreitet haben, sind von dem größeren Teile der Krankenkassen bereitwilligst angenommen. Es ist dadurch eine Wechselbeziehung zwischen diesen Kassen und unserer Anstalt geschaffen, von der wir hoffen, daß sie von den günstigsten Wirkungen auf die betreffenden Kreise der versicherten Personen begleitet sein werde. In der Zeit seit dem letzteren Schreiben (12. Juli) bis zum heutigen Tage haben bereits 52 lungenkranke Personen in vorhandenen Heilstätten (St. Andreasberg und Rehburg) untergebracht werden können, in baldiger Frist wird deren Zahl noch erheblich steigen. Die erforderlichen Vorarbeiten für die Errichtung einer eigenen Heilstätte werden unter solchen Umständen von dem unterzeichneten Vorstande lebhaft gefördert.

Eine Anzahl der an uns gelangten Anträge auf Unterbringung in einer Heilstätte für Lungenkranke hat allerdings auch abgewiesen werden müssen; in den meisten Fällen leider deshalb, weil bei der bereits vorausgegangenen langen Dauer des Leidens nach ärztlichem Dafürhalten die Rückerlangung der Erwerbsfähigkeit für die Betreffenden durch deren Behandlung in einem klimatischen Kurorte nicht zu gewärtigen war.

In mehreren Fällen wurde der Antrag auf Uebernahme der Kosten des in Rede stehenden Heilverfahrens erst gestellt, nachdem die Zeit, für welche die Krankenkasse ihre Krankenunterstützung gewährt, bereits abgelaufen war. Dieser Umstand veranlaßt uns, die geehrten Vorstände der Krankenkassen, mit welchen wir wegen der Angelegenheit in Beziehung stehen, nochmals darauf hinzuweisen, daß die Unterbringung in einer Heilstätte für Lungenkranke nur dann Erfolg verspricht, wenn sie rechtzeitig, d. h. dann vorgenommen wird, bevor das Leiden sich in weit vorgeschrittenem Zustande befindet, und daß man um so mehr auf Erfolg rechnen kann, je frühzeitiger nach dem Eintritt der Erkrankung das Heilverfahren eingeleitet wird. Wir haben deshalb in unseren früheren Rundschreiben die Aufmerksamkeit der Kassenvorstände gerade auf solche Fälle zu lenken uns erlaubt, wo Erwerbsunfähigkeit bei den Erkrankten noch nicht eingetreten ist, und es ist auch ein Teil der Kassenvorstände im Sinne dieser unserer Anregung vorgegangen. Wenn sich nun aber auch manche von derartigen Fällen den Wahrnehmungen der Kassenvorstände mehr oder weniger entziehen sollten, so ist dies doch nicht mehr der Fall, sobald Erwerbsunfähigkeit bei den Erkrankten vorliegt und diese in den Bezug der vollen Krankenunterstützung getreten sind. Wir erlauben uns deshalb, den Kassenvorständen, soweit sie nicht schon bisher in diesem Sinne verfahren sind, ergebenst ans Herz zu legen, gefälligst in geeigneter Weise Fürsorge zu treffen, daß wenigstens sofort in diesem Zeitpunkte die Schritte behufs Bewirkung der Unterbringung des Erkrankten in eine Heilstätte in Erwägung gezogen werden, nicht aber erst in dem Augenblicke, wo neue 13 oder je nach der Dauer, für welche die Krankenkasse Unterstützung gewährt, 26 oder mehr Wochen abgelaufen sind, während deren sich der Erkrankte beim Bezuge des Krankengeldes zu Hause oder an sonstigen von ihm gewählter Stelle aufgehalten

hat, ohne daß das zur Ueberwindung der Krankheit Geeignete geschehen ist. Nachdem die Erwerbsunfähigkeit so lange, wie angegeben, gedauert hat, haben sich die Aussichten für eine erfolgreiche Behandlung des Leidens, wenn sie nicht überhaupt geschwunden sind, doch jedenfalls sehr vermindert. Im Interesse der Erkrankten liegt es deshalb, daß sie frühzeitig nach Eintritt der Erkrankung auf die ihnen gebotene Gelegenheit der Einleitung eines Heilverfahrens, das sich erfahrungsmäßig in vielen Fällen als wirksam erwiesen hat, hingewiesen werden.

Zum Schlusse machen wir beim Heranrücken der kälteren Jahreszeit noch darauf aufmerksam, daß die Annahme, als ob die Sommermonate für Lungenheilbehandlung in klimatischen Kurorten allein oder besser geeignet wären, als die Wintermonate, nach ärztlichem Dafürhalten nicht zutreffend ist. Die Behandlung in den Wintermonaten hat vielmehr Erfolge gehabt, welche hinter den in der wärmeren Jahreszeit erreichten nicht zurückstehen. Unter solchen Umständen wäre es also völlig verfehlt, wenn Anträge auf Einleitung des hier in Rede stehenden Heilverfahrens deshalb verschoben würden, weil dazu die Wintermonate mit in Anspruch genommen werden müßten.

Der Vorstand
der Hanseatischen Versicherungsanstalt
für Invaliditäts- und Altersversicherung
gez.: Gebhard.

Der Arzt der Kasse wird also im Interesse seiner Kranken gut tun, bei jedem Falle von Tuberkulose, der nach seiner Ansicht noch nicht als aussichtslos gelten kann, besonders aber bei verdächtigen Spitzenkatarrhen und hartnäckigen Bronchitiden, die Patienten zur Aufnahme in eine Heilstätte zu überreden und zu empfehlen. Die Kurerfolge und speziell die Dauererfolge fordern dringend hierzu auf. Von der Hanseatischen Versicherungsanstalt, die regelmäßig Nachuntersuchungen anstellt, wurde festgestellt, daß von 3162 in den Jahren 1893—1900 in Heilstätten behandelten Tuberkulösen am Ende 1900 — also zum mindesten 8 Monate, vielfach aber bis zu 5 und 6 Jahren nach der Kur — noch 2225, also über 70 Proz., erwerbstätig waren (Ergebnisse des von der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte eingeleiteten Heilverfahrens bis Ende 1901, S. 18).

Eine Abart der Genesungsheime bilden die Trinkerheilstätten, die im Kampfe gegen die Alkoholpest ein wirksames Unterstützungsmittel bilden. Hamburg besitzt eine solche Heilstätte unter dem Namen „Heilanstalt Waldesruh“ in dem benachbarten Reinbek. Dieselbe enthält im ganzen 32 Betten in 24 Zimmern. Die Preise betragen in der 3. Klasse 600 M. pro Jahr, also noch nicht 2 M. pro Tag. Die Dauererfolge müssen als recht gute bezeichnet werden, da von 53 Entlassenen 27 = 51 Proz. dauernd abstinent geblieben sind (Hamburg in naturwissenschaftlicher und medizinischer Beziehung, 1901, S. 407). Wegen weiterer Einzelheiten der Trinkerasyle muß auf den in diesem Handbuch bezüglichen Band bei der sozialen Krankenpflege hingewiesen werden. Im allgemeinen ist sehr zu wünschen, daß auch die Krankenkassen mehr als bisher von diesen Einrichtungen Gebrauch machen. Die Trunksucht ist eine Krankheit, wie jede andere, und hat eine große Zahl, besonders nervöser Leiden in ihrem Gefolge, deren Behandlung oft viel mehr Kosten verursacht, als wenn es gelingt, die Ursache derselben zu beseitigen. Dies gelingt aber nur durch einen längeren Aufenthalt des Trinkers in einer nach abstinenten Grundsätzen geleiteten Heilanstalt.

Wir haben die Tätigkeit des Arztes in dem Augenblick verlassen, wo er seine Kranken einem Krankenhause überwies. Es bleibt aber noch manches zu tun übrig, um seinen Patienten möglichst viel Hilfe zu bringen. Dem Arzt stehen außer den eigentlichen Medikamenten nach § 6, 1 des K.V.G. noch Brillen, Bruchbänder und ähnliche

Heilmittel zur Verfügung. Unter solchen Mitteln sind nach WOEDTKE (1, S. 143) solche zu verstehen, die bezüglich des Kostenpunktes den Brillen und Bruchbändern einigermaßen ähnlich sind. MUGDAN (2, S. 38) rechnet hierher Verbandzeug, medizinische Weine, Flanellbinden, Krücken, Pessare. Wein, Cognac, Mineralwässer, Milch und Stärkungsmittel, wie Somatose, Tropon u. dgl., werden a priori weder zu den Arzneien noch Heilmitteln gerechnet werden können. Indes kann der Genuß von Wein oder Cognac unbedingt notwendig sein (z. B. bei Lungenentzündung, Influenza, Herzschwäche) und muß dann sicherlich gewährt werden. Auch wird die Gewährung von Milch im Interesse der Kassen liegen, weil dadurch Bleichsüchtige und Tuberkulöse arbeitsfähig erhalten werden können und kein Krankengeld gebrauchen. Es kommt hierbei alles auf die Individualität des Falles an. Im allgemeinen kann man 20 M. als die höchst zulässige Grenze bezeichnen, die ein derartiges Mittel kosten darf.

Die Zuweisung erfolgt in solchen Fällen stets zuerst an das Bureau der Kasse, worüber die Statuten fast immer eine entsprechende Bestimmung enthalten.

Zu den „ähnlichen Heilmitteln“ gehören auch die medizinischen Bäder und Badekuren, die unter geeigneten Umständen den Kassenpatienten zur Verfügung stehen müssen. Dampfbäder, Sool-, Kohlensäure- und elektrische Bäder sind neuerdings notwendige Bestandteile der physikalischen Therapie geworden und sind nicht mehr zu entbehren. In größeren Städten, wo derartige Einrichtungen bestehen, haben die Kassenverwaltungen meist ein Abkommen mit den Badeanstalten getroffen. Es genügt dann für den Arzt, wenn er die gewünschten Bäder dem Kranken auf einem besonderen Schein oder Rezept verordnet, das dann vom Bureau der Kasse abgestempelt wird. Für Badereisen reichen in der Regel die Mittel der Kasse nicht aus. Doch gewähren viele Kassen während des Aufenthaltes der Patienten in den Bädern das übliche Krankengeld. Außerdem finden die Patienten in vielen Bädern große Erleichterungen durch Erlaß der Kurtaxe, Ermäßigung der Preise u. dergl. Zu erwähnen sind hier auch die milden Stiftungen, die teilweise in den Bädern selbst (wie z. B. die Arnemann-Stiftung in Karlsbad), teilweise am Heimatsorte zur Unterstützung von Kranken zu Badekuren gegründet worden sind. Hamburg allein hat 6 solcher Stiftungen (Agnes- und Alma-, Leopold-Gabriel-Cohn-, Ursula-Dürst-, Christian-Goerne-, Dr. med. Bernhard Kraft- und Leopold-Lieben-Veronika-Stiftung), die teilweise oder ausschließlich solchen Zwecken dienen.

Eine besondere Bedeutung für die Kassenpraxis hat auch die Behandlung der Kranken durch Spezialärzte gewonnen, womit die Stellung der Kassen zu den Polikliniken innig verbunden ist. Bei der großen Ausbildung, welche die spezialistischen ärztlichen Disziplinen in den letzten Jahren gewonnen haben, konnte es nicht ausbleiben, daß auch die Kassenpatienten unter Umständen davon Nutzen ziehen mußten. Es haben deshalb eine große Reihe von Krankenkassen außer ihren gewöhnlichen Verträgen mit den fest angestellten Aerzten noch Sonderverträge mit einer Reihe von Spezialärzten abgeschlossen, die gegen einen bestimmten Satz die ihnen von den Kassenärzten zugewiesenen Kranken zu behandeln haben. In Frage kommen besonders Augen-, Ohren-, Kehlkopf-, Frauen-, Haut-, Nervenspezialisten und Chirurgen. Die Ortskrankenkasse Leipzig hatte im Jahre 1898 unter

226 Aerzten allein 73 Spezialisten (Aerztl. V.Bl. 1899, S. 323), in Bremen standen im selben Jahre 20 Spezialärzte, die eine eigene Vereinigung mit besonderer Taxe bilden, den Kassen zur Verfügung (ibid. 1898, S. 418), die Dresdner Ortskrankenkasse verfügte zur selben Zeit über 28 Spezialisten (ibid. 1898, S. 330). Die Bezahlung erfolgt in der Regel nach einer vorher vereinbarten Taxe, der gewöhnlich die Einzelleistungen zu Grunde gelegt sind. Einige Kassen schließen auch mit ihren Spezialärzten Pauschalverträge ab, so z. B. Dresden, das denselben Fixa von 1500—4200 M. gewährt (l. c. S. 330).

Eng verbunden mit der Frage der spezialärztlichen Behandlung der Kassenkranken ist die Stellung der Kassen zu den Polikliniken. Letztere sind bei uns in Deutschland bekanntlich Institutionen, die entweder aus Staats- oder Privatmitteln unterhalten werden, eine Reihe von meist hervorragend tüchtigen Spezialärzten beschäftigen und unbemittelten Kranken unentgeltliche ärztliche Hilfe gewähren sollen. In Universitätsstädten verbinden die Polikliniken damit auch noch Unterrichtszwecke, da an ihnen Studenten und jüngere Mediziner fortgebildet werden sollen. Eine Abart der Polikliniken ist die in Berlin besonders verbreitete Form unentgeltlicher Sprechstunden, die einzelne Spezialärzte aus eigenen Mitteln in ihrem Hause abhalten, meist zum Zwecke größerer Tätigkeit und zur eigenen wissenschaftlichen und praktischen Fortbildung. Allen Polikliniken gemeinsam aber sollte die Devise: „Nur für Unbemittelte“ sein. Aus diesem Grunde gehören Kassenpatienten, die durch ihre der Kasse geleisteten Beiträge ein Recht auf ärztliche Behandlung haben, von Natur nicht in die Polikliniken. Es hat sich aber vielfach der Gebrauch herausgebildet, daß die Aerzte der Kassen in solchen Fällen, wo es sich um Leiden handelt, die spezialistische Behandlung erfordern, ihre Patienten einer Poliklinik überweisen. Geschieht dies auf Veranlassung und mit Legitimation des Arztes, so ist hiergegen so lange nichts einzuwenden, als die betreffende Krankenkasse keine eigenen Spezialärzte angestellt hat. Es sollte aber stets das Bestreben der Aerzte sein, die Kassen hierzu zu veranlassen, damit sie sich mehr und mehr von den Polikliniken emanzipieren. Ganz zu verwerfen ist es aber, wenn Vorstände der Polikliniken (wie dies z. B. 1897 noch durch den Direktor der Augenklinik in Halle geschehen ist; cf. Aerztl. V.Bl. 1897, S. 707; 1898, S. 12, 59, 86, 110) sich direkt an die Krankenkassen mit der Aufforderung wenden, ihre betreffenden Patienten der Poliklinik in geeigneten Fällen zu überweisen. Die Entscheidung darüber, ob ein Kranker spezialistischer Behandlung und welcher? bedarf, muß stets den behandelnden Aerzten überlassen bleiben. Die Polikliniken sind in erster Linie, wenn nicht ausschließlich, für arme Kranke geschaffen und stiften hier auch vieles Gute. Ihre Hauptsorge muß aber sein, daß sie sich auch wirklich auf diese Kranken beschränken und Kautelen treffen, daß nicht bemittelte Patienten unter dem Deckmantel der Bedürftigkeit sich um die Bezahlung der Privatärzte drücken wollen. Für Kassenkranke betrachte ich daher die Poliklinik nur als Notbehelf in Ausnahmefällen, wo den Kranken anderweitig Spezialärzte nicht zur Verfügung stehen.

Von Wichtigkeit für den Arzt der Krankenkassen ist und wird noch mehr in Zukunft sein die sorgfältige Führung eines Krankenjournals. Ist es schon für jeden Arzt, der es mit seiner Praxis ernst nimmt, wichtig, daß er über seine Kranken Buch führt, aus

dem er wenigstens jederzeit ersehen kann, wann er seine Patienten in Behandlung genommen und entlassen, sowie ihre Personalien (Namen, Alter, Stand und Wohnung), ihre Krankheit und die eingeschlagene Therapie zu erkennen vermag, so erwachsen für den Arzt an Krankenkassen noch besondere Pflichten für die ärztliche Buchführung. Das Journal muß ausweisen, welcher Kasse der Kranke angehört, welche Nummer sein Krankenbuch oder Krankenschein trägt, ob, bezw. wie lange er erwerbsunfähig gewesen ist, ob er geheilt, ungeheilt oder gestorben ist, und ob er in ein Krankenhaus, Genesungsheim, Lungenheilstätte u. ä. gesandt ist. Bei Kassen mit Bezahlung der Einzelleistung müssen unbedingt auch die Konsultationen und Besuche gebucht werden. Neuerdings wird von verschiedenen Seiten auf eine bessere und zuverlässigere Statistik der kassenärztlichen Tätigkeit Gewicht gelegt. Eine solche Statistik wird sich aber nur mit Hilfe der Aerzte aufstellen lassen, und auch dies kann nur dann möglich werden, wenn dieselben ein sorgfältiges Krankenjournal führen. Nur so werden wir dann einmal eine wirklich brauchbare Statistik für das ganze Reich erhalten, die bisher nu raus einzelnen Landesteilen zu erlangen war.

Ich selbst benutze seit Jahren für eine Krankenkasse mit Bezahlung der Einzelleistung nach dem Pointsystem das Kranken- und Geschäftsjournal für praktische Aerzte von H. Meyers Buchdruckerei in Halberstadt, mit dem ich recht zufrieden bin. Der Raum für jeden Kranken genügt für 3 Monate. Mit Ablauf des Vierteljahres wird ja auch bei den meisten Kassen das Honorar ausgezahlt, so daß man mit dem Beginn eines neuen Vierteljahres die Kranken wieder von neuem eintragen kann. In die 2. Rubrik (Uebertrag-No.) kann man die Nummer des Krankenbuches oder Krankenscheines eintragen; unter Bemerkungen pflege ich mir kurze Notizen über Therapie, Erwerbsfähigkeit u. dgl. zu machen. Die übrigen Rubriken ergeben sich von selbst. Ich füge zur Erläuterung das Bruchstück eines Journalblattes aus dem Meyerschen Krankenjournal hier bei. Im Original sind für jeden Kranken nur 2 Monate vorgesehen und jede Seite hat Platz für 20 Kranke. Für unsere Zwecke sind aber 3 Monate erforderlich, so daß nur 13 Kranke auf die Seite gehen. Das Journal enthält außerdem ein alphabetisches Register und ist in Größen von 1 Buch = 50 Doppelseiten, bis zu 4 Buch = 200 Doppelseiten vorrätig.

Monat

No.		Des Kranken			Krankheit
Laufende	Uebertrag	Name und Stand	Alter	Wohnung	

Bei Kassen mit Familienangehörigen bedarf es für letztere eines besonderen Journals, das etwas einfacher angelegt werden kann.

Neuerdings hat W. Heymann praktische Vorschläge zur Richtigstellung der deutschen Krankenkassenstatistik gemacht (Leipzig 1902,

O. Regel), in denen er auch ein neues Schema für ein Krankenkassenjournal aufgenommen hat. Dasselbe scheint mir ebenfalls recht praktisch zu sein, so daß es an dieser Stelle auch noch Platz finden möge. (Siehe die Tabellen auf S. 134 und 135.)

Es gibt natürlich noch andere Schemata für Kassenjournale, die ebenso brauchbar sein mögen. Aber die Hauptsache bleibt, daß überhaupt ein sorgfältiges Tagebuch geführt werde, was bisher bei vielen, besonders festangestellten Aerzten bei Krankenkassen nicht der Fall ist. Ich möchte nochmals betonen, wie wichtig ich diese Tätigkeit des Arztes sowohl im Interesse des ärztlichen Standes als auch im allgemeinen medizinal-statistischen Interesse halte. Ist auch das Schreibwerk des Arztes durch die Ausfüllung der Krankenscheine, Verschreiben von Rezepten, Attesten u. dgl. schon recht groß, so sollte er doch die verhältnismäßig kleine Mühe, welche die Führung seines Tagebuches erfordert, nicht scheuen. Er kann seine Notizen später manchmal sehr nötig haben, so wenn er als Sachverständiger über eine Verletzung etc. vor Gericht aussagen soll, oder wissen will, woran und womit er seine Kranken früher behandelt hat. Hat man sich erst einmal an die Führung eines Journals gewöhnt, so wird man sich nie entschließen, davon wieder abzugehen.

Bei der Behandlung der Familienangehörigen der Versicherten ergeben sich für den Arzt noch einige besonders zu erwähnende Gesichtspunkte. Die Gewährung ärztlicher Behandlung, Arznei und Heilmitteln (aber nicht von Krankengeld) erfolgt für die nicht an sich versicherungspflichtigen Familienangehörigen bei der Gemeinde-Krankenversicherung auf Antrag des Versicherten, bei den organisierten Kassen durch einfach statutarische Bestimmung ohne Erhebung besonderer Zusatzbeiträge. Zu den „Familienangehörigen" gehören nach den Motiven des Gesetzes vom 15. Juni 1883 (S. 37) nur „die Ehegatten und noch nicht erwerbsfähigen Kinder". Es entspricht aber der allgemein üblichen Praxis, alle in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherten lebenden Verwandten mit hinzuzurechnen. Ueber die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen bringt die offizielle Reichsstatistik, wie schon mehrfach erwähnt, nichts. Für 1894 schätzt das statistische Amt an unterstützungsberechtigten ca. 30000 Familienangehörige (Großvater, Großmutter, Mutter und 1—5 Kinder) (zit. bei

.... 19 .....

Datum																															Summa	Entlassen als:	Honorar		Empfangen		Bemerkungen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							

Pfeiffer, Status praesens etc., S. 35). Die Zahl ist in Wirklichkeit natürlich sehr viel größer. Nach Lindemann (Der ärztliche Stand und die deutsche Arbeiterversicherung, Augsburg 1901, S. 29) hatten in Augsburg von 37253 Kassenmitgliedern 6069 freie ärztliche Behandlung

Journal für Kassenkranke (Mitglieder und

1		2				3	4				5	6	
Nummer		..........-K.K.				Name und Vorname spezielle Beschäftigung; Alter; arbeitslos? Wohnung (Vorderhaus, Seiten-, Quergebäude, Stockwerk)	Krankheit				Erkrankt am: (Vorher behandelt von?)	Erwerbsunfähig	
laufende	übertragene	Mitgl.-No...... Lohnkl. .... Gefahrenkl.—	überwiesen von anderer K.K.	Berufsgenossenschaft	Versich.-Anstalt		Spezielle (epikritische) Diagnose	Betriebsunf.	Entbindung	Abort		vom:	bis (inkl.)

Journal für Familienangehörige

1		2				3	4		
Nummer		..............-K.K.				Name und Vorname	Krankheit		
laufende	übertragene	Des Mitglied. No. .... Lohnkl.	Ehefrau	Kind	Sonst. Angehörige (Stiefs., Stieftochter, Mutter, Vater, Schwiegerm. etc.	Alter; Wohnung (Vorderhaus, Seiten-, Quergebäude, Stockwerk)	Spezielle (epikritische) Diagnose	Entbindung	Abort

Ueberwiesene). (Gesetzlich geschützt.)

	7		8		9											10
Monat	Konsultationen / und Besuche ×	Besondere Verrichtungen	Honorarbetrag (Points Bons) M.	Pf.	Geheilt	Gestorben	Bleibt in Behandlung	Uebergegang. in andere bez. Spezialbehandlung	Uebergegangen am? in Krankenhaus	in Genesungsheim	in Erholungsstätte	in Landaufenthalt	in Lungenheilstätte oder Kurort	auf Kost. (d. Kass., Berufsgenossenschaft, Versich.-anstalt, eigne?)		Ausgeschied. wegen Ablaufes der statut. Unterstützungsdauer am:

(Gesetzlich geschützt.)

	5		6		7			
Monat	Konsultationen / und Besuche ×	Besondere Verrichtungen	Honorarbetrag (Points Bons) M.	Pf.	Geheilt	Gestorben	Bleibt in Behandlung(?)	Uebergegangen in Krankenhaus (Genesungsheim, Erholungsstätte, Landaufenthalt, Lungenheilstätte, Kurort) am: Ausgeschieden wegen Aufhörens der Mitgliedschaft am:

für die Familienangehörigen = 20816 Köpfe. Ueberträgt man die Augsburger Verhältnisse auf die Gesamtzahl der im Deutschen Reiche gegen Krankheit Versicherten, so erhält man statt der amtlich ermittelten 9 Millionen Versicherten 14 Millionen Personen. Nach anderer Schätzung beträgt die Zahl der Familienangehörigen bei Annahme von $^1/_3$ verheirateter und durchschnittlich 3 Kindern pro Familie ebensoviel, wie die Unverheirateten, also statt der ermittelten 9 Millionen insgesamt 18 Millionen Menschen, d. i. fast ein Drittel der Bevölkerung des Deutschen Reiches. In manchen Großstädten (z. B. Leipzig und Frankfurt a. M.) schwankt der Prozentsatz der Versicherten einschließlich der arztfreien Familienangehörigen von 40—80 Proz. (cf. auch S. 65).

Die Hineinbeziehung der Familienangehörigen in die Versicherung wird, wie THIERSCH (3, S. 63) richtig bemerkt, von den Kassen vielfach als angenehme, wenig kostspielige Zugabe betrachtet. Krankengeld beziehen diese Angehörigen niemals, Arznei nur bei einigen Kassen, während die ärztliche Behandlung überall frei ist, aber auch am wenigsten kostet, da man sich gewöhnt hat, den Arzt für eine nur geringe Erhöhung des Honorars zu verpflichten, auch die Familienmitglieder mit zu behandeln. Dies war ein großes Unrecht, da die Familienmitglieder, speziell die Kinder, den Arzt viel häufiger in Tätigkeit setzen, als die Versicherten selbst. Bei einer größeren Ortskrankenkasse (THIERSCH l. c., S. 64) fielen auf 39000 ärztliche Besuche bei Mitgliedern gegen 89000 Besuche bei Angehörigen. Bei der Ortskrankenkasse Leipzig kamen im Jahre 1896 auf 40721 erwerbsunfähige und 83387 erwerbsfähige Kranke noch 144303 Familienmitglieder in Behandlung, im Jahre 1899 auf 63260 Erwerbsunfähige und 104604 Erwerbsfähige noch 173625 Familienmitglieder; bei der Mainzer Ortskrankenkasse betrug dasselbe Verhältnis 1899 = 9136 : 14773 : 12508; im Jahre 1900 = 11687 : 13219 : 131818 (KRUG 6, S. 23).

Die praktische Erfahrung lehrt überdies, daß die Kassenmitglieder den Arzt viel leichter für ihre Angehörigen zu Rate ziehen, als für sich selbst. Wenn das Mitglied Arbeit hat, so geht es nicht eher zum Arzt, als bis es nicht mehr arbeiten kann, während der Arzt für die Angehörigen bei jeder Kleinigkeit um Rat gefragt wird.

Bei der Verschiedenheit, wie die auf die Familienangehörigen bezüglichen Paragraphen des Gesetzes gehandhabt werden, wäre eine einheitliche gesetzliche Regelung dieser Frage dringend zu wünschen. Zum mindesten müßte bei der Versicherung der Angehörigen freier Arzt und freie Arznei obligatorisch gemacht werden und den Ortskrankenkassen ebenso wie der Gemeinde-Krankenversicherung die Erhebung von Zusatzbeiträgen von solchen Versicherten, die ihre Angehörigen auf Antrag mitversichern wollen, eingeräumt werden. Da für die Aerzte die Familienbehandlung einen großen Zuwachs an Arbeitslast bedeutet, so muß anch das Honorar entsprechend erhöht werden. Da, wo nicht Bezahlung der Einzelleistung vorliegt, dürfte auch heute noch das vom Aerztetage in Eisenach 1884 geforderte Honorar in der dreifachen Höhe des für Unverheiratete bezahlten Honorars angemessen erscheinen. Nach einer Berechnung von ED. MÜLLER in Hagen i. W. (Aerztl. V.Bl. 1903, S. 109) müßten diese Sätze, wenn man die niedrigsten Sätze der Gebührenordnung in Preußen zu Grunde legt, pro Kopf ohne Familie 4.68 M., pro Kopf mit Familie 16 M. jährlich betragen. Die alten Minimalsätze, die vielerorts eingeführt und oft auch noch nicht

erreicht sind, nämlich 3 M. für Unverheiratete und 9 M. für Verheiratete, stehen also weit unter den niedrigsten Sätzen der Gebührenordnung. Da aber die Behandlung der Angehörigen viel mehr Besuche im Hause und entsprechend weniger Konsultationen in der Sprechstunde erfordert (das Verhältnis ist etwa wie 2 : 1), als bei den Arbeitern selbst (Verhältnis 1 : 3), so ist es nur billig, wenn auch die Bezahlung der Aerzte in entsprechender Weise erhöht wird.

Die Betätigung des Arztes bei Wöchnerinnen ist keine andere, als die bei einer jeden anderen Kranken. Die Bestimmungen des Gesetzes, welche von der Wöchnerinnenunterstützung handeln, berühren den Arzt als solchen nicht. Eine normale Entbindung und ein normales Wochenbett ziehen noch keinen Anspruch auf Arzt, Hebamme oder Heilmittel nach sich. Dies beginnt erst, wenn die Wöchnerin erkrankt, sei es infolge der Geburt oder unabhängig von derselben, womit sie sofort Anspruch auf die gesetzlichen Mindestleistungen erhält. Ob die Wöchnerin verheiratet ist oder nicht, ist gleichgültig. Eine Frühgeburt wird der normalen Geburt gleich gerechnet, während ein Abort (Fehlgeburt) eine Krankheit im Sinne des K.V.G. darstellt. Für pathologische Geburten pflegen bei Kassen mit weiblichen Mitgliedern besondere Abmachungen mit den fest angestellten Aerzten oder mit eigens hierzu angestellten Frauenärzten zu bestehen. Die Bezahlung hierfür erfolgt entweder nach der staatlichen Minimaltaxe (so in Leipzig, Altenburg, Nürnberg), oder nach einem vereinbarten Satz, der von 10 M. (Dresden, Bremen) bis 15 M. (Hamburg, Betriebskr. der 1. Sekt. d. Baudeput.) und darüber geht[1]).

Die vorgeschriebene Wöchnerinnenunterstützung in Höhe des Krankengeldes (§ 20, Abs. 1 des K.V.G.) dauerte bisher schon mindestens 4 Wochen und konnte bis zu 6 Wochen ausgedehnt werden. Nach der Novelle von 1903 wird dieselbe allgemein 6 Wochen dauern, was mit Rücksicht auf § 137, Abs. 5 der Gewerbeordnung geschehen ist, wonach Wöchnerinnen während 4 Wochen nach ihrer Niederkunft überhaupt nicht und während der folgenden 2 Wochen nur dann beschäftigt werden dürfen, wenn das Zeugnis eines approbierten Arztes dies für zulässig erklärt. Es ist dies einer der wenigen Fälle, wo das K.V.G. auch für die Rekonvaleszenten Fürsorge getroffen hat. Dieselbe findet nur einmal noch ausdrücklich Erwähnung, und zwar bei der zugelassenen Erweiterung der Leistungen der O.K.K. (§ 21, I, Abs. 3a), wonach für die Dauer eines Jahres von Beendigung der Krankenunterstützung ab Fürsorge für Rekonvaleszenten, namentlich auch Unterbringung in einer Rekonvaleszentenanstalt gewährt werden kann. Ueber solche Anstalten haben wir bereits früher (S. 127) das Nötigste erwähnt. Außer diesen Anstalten kommen für Rekonvaleszenten aber auch noch Barbeträge, Gewährung von Wein, Milch und anderen Stärkungsmitteln in Betracht. Ob hierunter auch Krankenkost miteinbegriffen ist, kann zweifelhaft erscheinen. Eine Krankenkasse in München-Gladbach hat in ihre Satzungen eine Stelle aufgenommen, dahingehend, daß unter Umständen erkrankten Mitgliedern außer ärztlicher Behandlung und Arznei auch Krankenkost zu gewähren sei. Diese Satzungsänderung ist von der Regierung in Düsseldorf genehmigt worden (Arb.-Vers. 1903, S. 161). HAHN ist der Ansicht, daß diese Erweiterung der Leistungen, obgleich über die

1) Denkschrift des Aerztevereinsbund. v. 1902, Tab. VI.

Wortfassung des § 21 des K.V.G. hinausgreifend, doch dem unverkennbaren Zwecke des Gesetzes entspricht (ebenda, S. 162). Sollten diese Grundsätze allgemein anerkannt werden, so dürften zu ihrer Verwirklichung die Volkskrankenküchen sehr zu Hilfe kommen, wie solche z. B. in Posen (Fürst, 5, S. 155) und in Berlin von Frau vom Rath errichtet worden sind. Es werden dort Mittagsmahlzeiten für bestimmte Diätformen hergestellt, wie sie z. B. für Magen- oder Zuckerkranke erforderlich sind und entweder dem Kranken im Speisesaale der Krankenküche verabfolgt oder auf Verlangen ihm ins Haus gebracht. Allerdings muß hier wohl zwischen der Gewährung von Krankenkost an erkrankte Mitglieder innerhalb der gesetzlichen Mindestleistungen und an Rekonvaleszenten über jene Leistungen hinaus unterschieden werden. Für Fälle letzterer Art besteht wohl kein Zweifel an der Berechtigung, Krankenkost zu gewähren, falls die O.K.K. dies in ihren Statuten vorgesehen hat. Ob auch innerhalb der gesetzlichen Mindestleistungen dies statthaft ist, geht weder aus dem Gesetz noch aus den Motiven hervor. Immerhin kann das Beispiel der Gladbacher Kasse, dem gesetzliche Bedenken ohne weiteres nicht entgegenstehen, zur Nachahmung empfohlen werden.

Die bisherigen Ausführungen lassen erkennen, daß die Aufgaben des Arztes auf dem Gebiete der K.V. recht umfangreich sind. Sie sind aber hiermit noch lange nicht erschöpft, und es erübrigt noch, einige Nebenfunktionen anzuführen, die dem Arzt in seiner Eigenschaft als Vertrauensmann der Krankenkasse zufallen können. Hierher gehört vor allem die Ausstellung von Gesundheitsattesten für der Kasse beitretende freiwillige, nicht versicherungspflichtige Personen. Die organisierten Kassen haben das Recht, solche Personen zuerst auf ihre Gesundheit untersuchen zu lassen und ihre Aufnahme abzulehnen, wenn eine bereits bestehende Krankheit nachgewiesen wird. Solche Aufnahmeuntersuchungen müssen natürlich besonders honoriert werden, wofür in der Regel 1—2 M. angesetzt werden. Eine andere Art von Zeugnissen muß der Arzt ausstellen, wenn es sich um Personen handelt, die infolge von Verletzungen, Gebrechen, chronischen Krankheiten oder Alter nur teilweise erwerbsfähig sind und dann auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden können (§ 3a K.V.G.). Auch die Zeugnisse für Wöchnerinnen, die nach § 137 G.O., wie vorhin erwähnt, schon vor Ablauf von 6 Wochen wieder zur Arbeit gehen wollen (s. o. S. 137), gehören hierher. Für diese Art Atteste pflegen die Kassen ein besonderes Honorar nicht zu zahlen. Ueber die Tätigkeit des Arztes bei Krankenkassen als Gutachter in Unfalls- und Invaliditätssachen, für die er recht häufig in Anspruch genommen wird, muß auf die entsprechenden Bände dieses Handbuches verwiesen werden. Als weitere Nebenfunktionen, die der Arzt aber mit jedem anderen Kollegen teilt, nenne ich schließlich noch die Ausstellung von Attesten für Schulversäumnisse, Impfungen, Vertretung erkrankter Kollegen, Leistung der ersten Hilfe bei Unglücksfällen jeder Art, Meldung von Infektionskrankheiten, Tätigkeit als Sachverständiger vor Gericht, Ausstellung von Geburtsattesten, Zeugnisse für die Aufnahme in eine Irrenanstalt und Totenscheinen. Zum Schlusse mögen noch einige Worte über den Umgang mit Kassenkranken gestattet sein.

Der Arzt der Krankenkasse hat, wie schon erwähnt, eine Doppelstellung: er ist Berater und Helfer der Kranken und gleichzeitig Sach-

verständiger und Vertrauensarzt der Kassen. Hierdurch lassen sich manche Aerzte beeinflussen, je nachdem sie mehr für die eine oder andere Seite ihrer Tätigkeit Neigung und Beruf empfinden, ihr Benehmen den Kranken gegenüber einzurichten. Es gibt Aerzte, die in jedem sich krank meldenden Kassenpatienten den Simulanten wittern, ihn kurz und barsch behandeln und nach oberflächlicher Untersuchung für arbeitsfähig erklären. Nichts ist verkehrter, als diese Art der ärztlichen Tätigkeit, und nichts auch schädlicher für das Ansehen des einzelnen Arztes wie des ganzen Standes. Simulation ist überhaupt, wie schon erwähnt (S. 107), bei Kassenpatienten selten und vor allem nicht mit Uebertreibung zu verwechseln. Vor allem gewöhne sich jeder Arzt, der mit Kassenkranken zu tun hat, daran, dieselben wenigstens das erste Mal möglichst genau zu untersuchen. Mancher „Kopfschmerz“ wird sich hierbei als ernstes Nierenleiden, manche „Appetitlosigkeit“ als Lungentuberkulose entpuppen. Aber auch ein negativer objektiver Befund berechtigt noch nicht zur Annahme der Simulation, wofür zahlreiche Fälle aus dem Gebiete der Psycho- und Neuropathologie genügend Beweise liefern. Moll (Aerztliche Ethik, S. 471) hat vollkommen recht, wenn er dem Arzt rät, in zweifelhaften Fällen ebenso zu verfahren, wie der Richter, nämlich zu Gunsten des Exploranden zu entscheiden. Die genaue körperliche Untersuchung stößt beim weiblichen Geschlecht oft auf Hindernisse, ist aber hier besonders wichtig, da sonst folgenschwere Irrtümer in der Behandlung unterlaufen können. Es kommt hierbei wesentlich auf den Takt des Untersuchers an. Junge Mädchen sollte man überhaupt nur in Gegenwart von weiblichen Angehörigen, oder wenn dies zu Gebote steht, unter Assistenz einer Wärterin untersuchen. Von Zeit zu Zeit laufen Anklagen gegen Aerzte wegen „Schamverletzung“, „tätlicher Beleidigung“ u. ä. durch die Zeitungen, wodurch mancher Arzt schon unschuldigerweise Ansehen und Stellung eingebüßt hat. Und doch gehört eine genaue körperliche Untersuchung unbedingt zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit. Der erfahrene Praktiker wird durch gütliches Zureden, gepaart mit dem nötigen Ernst, zum Ziele gelangen. Verweigert der oder die Kranke die Untersuchung, so rate ich, dieselben auf einen anderen Tag wiederzubestellen mit dem Anheimgeben, sich die Sache noch einmal gründlich zu überlegen. In den meisten Fällen kommt man auf diese Weise dann noch zum Ziel. Gelingt es dennoch nicht, die Einwilligung zur Untersuchung zu erlangen, so verweise man den Patienten an das Bureau der Kasse zurück, der man darüber Mitteilung zu machen hat. In diesem Punkte darf man keine Konzessionen machen, wenn man sich nicht den gröbsten Irrtümern aussetzen will.

Als Hauptregel für die Kassenpraxis möchte ich den Satz aufstellen, daß man in jedem Mitglied, das ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt, zuerst nur den Kranken erblicken soll. Erst nachdem man sich über den Zustand des Patienten sein ärztliches Urteil gebildet hat, betrachte man den Fall vom Standpunkt des Arztes der Krankenkasse, dessen Aufgaben wir im vorstehenden zu schildern versucht haben.

Fassen wir die Hauptaufgaben des Arztes auf dem Gebiete der Krankenversicherung noch einmal kurz zusammen, so würden dieselben lauten: Kenntnis einer sparsamen Verschreibweise von Arzneien, Sorgfältigkeit in der Untersuchung und Behandlung, Streben, den Erkrankten möglichst rasch wieder erwerbsfähig zu machen, Entlarvung von

Simulanten, Kenntnis der Arbeiterversicherungsgesetzgebung, der Gewerbehygiene und der wichtigsten Gewerbekrankheiten, Menschenkenntnis und endlich Takt im Umgang mit den Kassenpatienten.

Literatur zum V. Kapitel.

1) **E. v. Woedtke,** *Krankenversicherungsgesetz, Kommentar, Berlin 1896.*
2) **Mugdan,** *Das Krankenversicherungsgesetz, Leipzig 1900.*
3) **J. Thiersch,** *Der Kassenarzt, Leipzig 1896.*
4) **C. Fiebig** *und* **W. Hanauer,** *Die Krankenkontrolle, Frankfurt a. M. 1903.*
5) **M. Fürst,** *Stellung und Aufgaben des Arztes in der öffentlichen Armenpflege, Jena, G. Fischer, 1903.*
6) **Krug,** *Die Krankenkassen des Großherzogtums Hessen im Jahre 1900, Mainz 1902.*

VI. Kapitel.

Die freie Arztwahl in der Kassenpraxis.

Wir haben uns bis jetzt nur mit der Stellung der fest angestellten Aerzte an den Krankenkassen beschäftigt. Man hat dies System auch als „Zwangsarztsystem“ bezeichnet, weil der Kranke gezwungen ist, sich an den von der Kasse angestellten Arzt zu wenden, sich also in einer ähnlichen Lage befindet, wie die Patienten des Polizeiarztes, Armenarztes, Krankenhausarztes u. ä. Demgegenüber steht nun eine andere Art der Krankenversorgung bei den Kassen, die man als „freie Arztwahl“ bezeichnet, welche besonders aus ärztlichen Kreisen befürwortet wird und die in den letzten 10 Jahren zu den lebhaftesten Diskussionen Veranlassung gegeben hat. Da in den maßgebenden Kreisen über dieses System noch immer Unklarheit herrscht und auch die gesetzgebenden Faktoren sich wiederholt mit der Frage der freien Arztwahl beschäftigt haben, so erscheint ein etwas ausführliches Eingehen auf dieselbe unumgänglich. Wir werden uns, dem Charakter dieses Handbuches entsprechend, bemühen, möglichst objektiv diese Frage zu besprechen, was nicht ganz leicht ist, da die freie Arztwahl eine Art Schlagwort geworden, das nicht nur Krankenkassen und Aerzte, sondern auch diese selbst in verschiedene Parteien gespalten hat. Es soll jedoch schon an dieser Stelle ausgesprochen werden, daß die deutsche Aerzteschaft in ihrer überwiegenden Majorität sich für die freie Arztwahl entschieden hat, nur über die Art und Möglichkeit ihrer Durchführbarkeit gehen die Ansichten noch auseinander.

Was zunächst den Begriff der freien Arztwahl anbetrifft, so wird darunter diejenige Art der ärztlichen Krankenversorgung verstanden, wonach jedes Mitglied einer Krankenkasse sich im Erkrankungsfalle seinen Arzt frei wählen darf. Man hat jedoch 3 Formen oder Systeme der freien Arztwahl scharf zu trennen.

Man unterscheidet:

1) Die unbeschränkte freie Arztwahl. Hierbei kann der Kranke, genau wie jeder Privatpatient, sich jeden beliebigen Arzt, der sein Vertrauen besitzt, erwählen und sich von ihm behandeln lassen. Der Arzt liquidiert am Ende der Behandlung und wird von der Kasse für seine Bemühungen bezahlt.

2) Die beschränkte freie Arztwahl. Bei diesem System schließt die Krankenkasse mit einer Anzahl von Aerzten Verträge ab, zu denen dieselben die Behandlung der Mitglieder in Erkrankungsfällen übernehmen. Unter diesen Aerzten steht den Mitgliedern die Wahl frei.

3) Die bedingt freie Arztwahl. Bei dieser Einrichtung kann jeder Arzt, der im Geschäftsgebiet einer Kasse wohnt und Kassenpraxis treiben will, dies unter bestimmten, zwischen ihm (oder seinen Beauftragten) und der Kassenverwaltung vereinbarten Bedingungen tun, und unter diesen Aerzten steht jedem Kassenmitgliede im Krankheitsfalle die Wahl frei.

Die erste Form, die unbeschränkte freie Arztwahl, ist eigentlich von den Aerzten niemals gefordert worden, und wenn sie auch als schönes Ideal Aerzten und Versicherten vorgeschwebt haben mag, so kam man doch bald zur Erkenntnis, daß dieses System, wobei jede Krankenkontrolle unmöglich erscheint, zum Simulantentum und finanziellen Ruin der Kassen führen müßte. Die einzige größere Kasse, die dieses System meines Wissens eingeführt hatte, war die Kranken- und Begräbniskasse des Vereins für Handlungskommis von 1858 in Hamburg, die bei Erwerbsunfähigkeit außer Krankengeld auch noch freie ärztliche Behandlung durch frei gewählte Aerzte für die Dauer von 13 Wochen gewährte. Finanzielle Gründe haben aber auch diese Kasse gezwungen, zu dem System der beschränkten freien Arztwahl seit einigen Jahren wieder zurückzukehren.

Das System der beschränkten freien Arztwahl findet sich bei verschiedenen größeren Kassen. Wir wollen diese Einrichtung an zwei derselben etwas näher darstellen.

Die Leipziger Ortskrankenkasse, die größte Kasse dieser Art in Deutschland, besteht seit 1886. Im Jahre 1899 umfaßte sie 131502 (100415 männliche, 31097 weibliche) Mitglieder, denen 34 Wochen lang freie ärztliche Behandlung durch vom Vorstande als Kassenärzte angestellte approbierte Aerzte gewährt wurde. Dasselbe steht den Familienangehörigen der Mitglieder (Ehegatten, Kinder, Stiefkinder, Eltern, Stiefeltern, Großeltern und Schwiegereltern), aber nur bis zu 13 Wochen Dauer, zu. Angestellt als Kassenärzte waren (1899) 200 Aerzte, davon 183 im Kassenbezirk und 17 an der Grenze desselben, unter denen die Wahl den Kassenmitgliedern mit der Beschränkung frei stand, daß die in Alt-Leipzig wohnenden einen der ihnen am nächsten wohnenden Aerzte konsultieren sollten, während die Aerzte in den Vororten, im Leipziger Landbezirke und an der Peripherie desselben Kranke außerhalb ihres Wohnortes zwar behandeln, höhere Wegegelder aber als die von den ortszuständigen Aerzten zu berechnenden nicht verlangen durften. Die Anstellung der Kassenärzte erfolgt durch den Vorstand nach Begutachtung durch eine ärztliche Vertrauenskommission. Der Bezahlungsmodus der Aerzte ist ein sehr komplizierter. Die Aerzte liquidieren für jede Konsultation 75 Pf. und für einen Besuch 1 M., erhalten jedoch nur einen Prozentsatz hiervon in Gestalt einer Pauschalsumme, deren Höhe pro Quartal ermittelt wird, indem die am letzten Tage jedes Quartals vorhandene Mitgliederzahl mit dem 4. Teile der pro Kopf des Kassenmitgliedes und pro Jahr festgesetzten Pauschalsumme multipliziert wird. Letztere betrug 1899 = 4,50 M. Bezahlt wurden von den Liquidationen der Kassenärzte 1898 nur 62 Proz. Größere Operationen, Geburtshilfe u. ä. werden

nach den Mindestsätzen der alten sächsischen Medizinaltaxe extra honoriert.

Hat der Kranke einen Arzt gewählt, so darf er für dieselbe Krankheit denselben nur mit Bewilligung des Vorstandes wechseln. Hierfür besteht eine eigene „Arztkarte“ zur Kontrolle für die Mitglieder beim Arztwechsel.

Außer den gewöhnlichen, behandelnden Aerzten hat die Kasse seit 1891 noch 2 Revisionsärzte und seit 1894 einen mit 8000 M. Gehalt fest angestellten Vertrauensarzt, die zusammen als Kontrollärzte wirken. (Arbeiterversorgung 1897, No. 29 ff. — Aerztl. V.Bl. 1899, S. 313.)

Eine andere Krankenkasse mit beschränkt freier Arztwahl ist die Hamburgische Dienstbotenkrankenkasse, die seit 1890 besteht und die in Hamburg bestehende obligatorische Krankenversicherung der Dienstboten (nach dem Gesetz vom 16. Juli 1890) zur Durchführung bringt.

Bei dieser Kasse sind 40 Aerzte angestellt, unter denen die Wahl den Mitgliedern völlig frei steht, soweit sie dieselben in der Sprechstunde konsultieren wollen. Für die Besuche in den Wohnungen der Kranken ist die Stadt in 11 Bezirke eingeteilt. In jedem Bezirk wohnen mehrere Aerzte je nach der Größe des Bezirks (die Zahl schwankt von 1—9), und für Besuche in der Wohnung des Kranken steht den letzteren nur die Wahl unter den in ihrem Bezirk wohnenden Aerzten frei. Die Aerzte dagegen sind berechtigt, aber nicht verpflichtet, auch andere, als in ihrem Bezirk wohnende Kranke in Behandlung zu nehmen. Die Zahl der Mitglieder betrug Ende 1900 = 29557. Die Bezahlung der Aerzte erfolgt, wie bereits früher erwähnt (cf. S. 67), nach dem Pointsystem, wofür jährlich 48000 M.[1]) zur Verfügung stehen. Der Point schwankte zwischen 26,28 Pfg. und 50,25 Pfg. und betrug im Durchschnitt 41,68 Pfg.

Die Kasse gewährt ihren Mitgliedern kein Krankengeld, dagegen außer freiem Arzt und Arznei in allen Fällen, in welchen nach der Natur der Krankheit Anstaltsbehandlung geboten ist oder die Erkrankten innerhalb des Kassenbezirks keine Unterkunft finden, Anspruch auf Krankenhausbehandlung. Da letztere Voraussetzung bei Dienstboten, die vielfach fremd in Hamburg sind oder bei ihren Angehörigen nicht mehr wohnen können, häufig zutrifft, so haben die Aerzte nur in seltenen Fällen schwere oder lang dauernde Erkrankungen der Mitglieder zu behandeln. Bei keiner Kasse wird deshalb auch so sehr über die hohen Krankenhauskosten geklagt, wie bei dieser, was aber nicht an den Aerzten, sondern an der Natur der Einrichtung liegt. Wie sehr diese Kosten von der Art der Mitglieder abhängen, ergibt eine Vergleichung, wieviel an Krankenhauskosten im jährlichen Durchschnitt bei den verschiedenen Kassen auf 1 Mitglied entfällt. Für Hamburg betrug dieser Durchschnitt nach dem Jahresbericht der Behörde für das Versicherungswesen für das Jahr 1901

bei den Ortskrankenkassen	4,81	M.
„ „ Betriebskrankenkassen	4,46	„
„ „ Baukrankenkassen	8,21	„
„ der Gemeinde-Krankenversicherung	5,53	„
„ den Innungskrankenkassen	7,08	„
„ „ eingeschriebenen Hilfskassen	1,89	„
„ der Dienstbotenkrankenkasse	8,65	„

Die Behandlungsdauer beträgt bei der Dienstbotenkrankenkasse höchstens 26 Wochen. Die Anstellung der Aerzte geschieht durch

1) In Zukunft 68000 M.

öffentliche Ausschreibung. Die eingehenden Meldungen werden dem Medizinalkollegium zur Begutachtung übersandt und dieses bezeichnet der Behörde für das Versicherungswesen die Namen derjenigen Bewerber — für jede Stelle 3 Namen — die in Betracht kommen können. Aus diesem engeren Aufsatz wählt die Behörde dann einen Arzt für die vakanten Stellen. Die Anstellung geschieht durch einen schriftlichen Kontrakt auf unbestimmte Zeit. Gegenseitige 3-monatliche Kündigung steht beiden Teilen zu.

Es besteht seit längerer Zeit unter den Hamburger Aerzten der Wunsch, die beschränkt freie Arztwahl bei der Dienstbotenkrankenkasse zu einer bedingt freien Arztwahl zu erweitern. Da die Kasse jedoch in den letzten Jahren mit erheblichem Defizit arbeitete (dasselbe betrug Ende 1901 schon 29440 M.) und die Behörde befürchtet, durch eine Vermehrung der Aerzte auch die Krankheitskosten erhöht zu sehen, so ist vor der Hand keine Aussicht auf die Erfüllung jenes Wunsches vorhanden. Erwähnt mag noch werden, daß der monatliche Beitrag bisher 1 M. (zur Hälfte von der Herrschaft zu tragen) betrug und der Senat angesichts des Defizits bei der Bürgerschaft einen Beitrag von 1,60 M. beantragte, dies aber von der Bürgerschaft abgelehnt wurde[1]. (Nach dem Antrag des Senats auf Abänderung des Gesetzes, betreffend die Krankenversicherung der Dienstboten, vom 4. Dezember 1901, dem hierauf erstatteten 5. Bericht des von der Bürgerschaft niedergesetzten Ausschusses über den Antrag des Senats No. 210 von 1901, vom September 1902, und den Verhandlungen der Bürgerschaft vom 4. Februar 1903, Stenogr. Bericht.)

Die dritte Form der freien Arztwahl, die bedingt freie Arztwahl, besteht bereits in einer großen Anzahl von Orten des Deutschen Reiches und hat sich im großen und ganzen gut bewährt. Auf die nähere Einrichtung derselben, besonders in Berlin, wo sie in ausgedehntestem Maße eingeführt ist, werden wir weiter unten zu sprechen kommen. Zunächst sollen die hauptsächlichsten Orte, an denen sie zur Zeit besteht, aufgeführt werden.

Zuerst schloß der Aerzteverein in Krefeld im Jahre 1885 mit sämtlichen Ortskrankenkassen den Vertrag, daß alle Mitglieder dieses Vereins die Behandlung der Kassenmitglieder übernehmen sollten und zwar nach bestimmten Taxsätzen, wobei ein Pauschale von 3 M. pro Kopf und Jahr nicht überstiegen werden sollte (1).

Im selben Jahre folgte Nürnberg, wo die Gemeinde die ganze Krankenversicherung verwaltet und wo der dortige Aerzteverein mit fast allen Orts- und Fabrikskrankenkassen Verträge abgeschlossen hat. Es besteht Einzelhonorierung, und zwar erster Besuch 1 M., folgender 75 Pfg., Sprechstundenbesuch 50 Pfg. Größere Hilfsleistungen werden extra honoriert, im wesentlichen nach der Minimaltaxe. Doch bezahlt die Kasse nur eine Anzahl von Durchschnittsbesuchen, die von anfangs 10 auf 7 herabgesetzt wurden. In Wirklichkeit kamen so in den Jahren 1892—1895 nur 71—79 Pfg. auf die Einzelleistung (2).

In Altenburg besteht bereits seit 1884 die freie Arztwahl. Die Stadt hat 34500 Einwohner und (1902) 27 Aerzte. Es bestehen dort 10 Ortskrankenkassen und 10—11 eingeschriebene Hilfskassen, deren Mitglieder sich an jeden Arzt wenden können. Die Bezahlung

1) Der wiederholte Antrag des Senats auf Erhöhung der Beiträge wurde am 8. Juli 1903 von der Bürgerschaft angenommen.

beträgt 1 M. für den ersten Besuch oder die erste Konsultation, 75 Pfg. für alle folgenden Besuche oder Konsultationen. Operationen, Entbindungen u. dgl. werden extra honoriert. Vermittelungskommissionen existieren nicht. Jeder Arzt sendet seine Liquidation direkt an den Kassierer der Kasse (3).

In Frankfurt a. M. geht die freie Arztwahl auf 1893 zurück. Zuerst nahmen nur etwa 6000 Kassenmitglieder daran teil, 1894 schon 8500, 1895 bereits 9000; 1896 trat die allgemeine Ortskrankenkasse mit über 30000 Mitgliedern bei und am 1. Januar 1900 erhob sich ihre Zahl (inkl. Familienangehörige) auf 78364 Personen. Als Aerzte stehen 135 allgemeine und 74 Spezialärzte zur Verfügung. Als Bezahlung gewährt die Ortskrankenkasse 3 M. pro Kopf nominell, ein Satz, der aber durch einige Abstriche auf 2,60 heruntergeht. Der Wert der Einzelleistung betrug im Jahre 1899 durchschnittlich für allgemeine Aerzte 49 Pfg. (für die Konsultation 33 Pfg. und den Besuch 66 Pfg.), für Spezialärzte 51 Pf. (Konsultation 34 Pfg., Besuch 68 Pf.) (2).

In München besteht seit längerer Zeit freie Arztwahl für das Personal der Münchener Tramway mit Honorierung nach der Minimaltaxe. Die Ortskrankenkasse III daselbst hat seit 1898 die freie Arztwahl, für die sich ca. 300 Aerzte zur Verfügung stellten. Die Verhandlungen mit der Kasse führt der ärztliche Bezirksverein in München (1, 2).

In Berlin begann die freie Arztwahl im Jahre 1892 mit der Ortskrankenkasse der Maschinenbauer — 15000 Personen — die mit dem seit Dezember 1901 bestehenden „Verein der freigewählten Kassenärzte“ ihre Verträge abschloß. Im Jahre 1893 folgten weitere 10 Ortskrankenkassen mit ca. 27000 Mitgliedern und 1894 schon 7 Ortskrankenkassen mit ca. 100000 Mitgliedern. Anfangs 1903 hat der Verein der freigewählten Kassenärzte mit 23 Ortskrankenkassen, 11 Betriebs- (Fabrik-) Krankenkassen und 6 freien Hilfskassen Verträge abgeschlossen, die zusammen ca. 190000 Mitglieder (darunter 60000 weibliche) besitzen. Nur eine Kasse gewährt auch den Angehörigen freie ärztliche Behandlung, die zusammen noch nicht 100 Personen darstellen, die übrigen Kassen unterstützen nur die Mitglieder. Bezahlt wird nach dem Pointsystem. Die Kassen bezahlen ein Pauschquantum, das seit 1902 von 3,50—4 M. schwankt. Nachtbesuche und regelwidrige Entbindungen werden extra honoriert, für erstere 4 M., für letztere 10 M., doch trägt nicht die Kasse, sondern der Verein diese Kosten, die vor Feststellung des Points von der Gesamtsumme gekürzt werden. Der Point betrug im Jahre 1902 durchschnittlich 38 Pfg. (4).

In Freiburg i. Br. besteht seit 1886 freie Arztwahl bei der allgemeinen Ortskrankenkasse. Die Bezahlung erfolgt nach der Einzelleistung und zwar Sprechstundenbesuch 50 Pfg., Besuche im Hause 1 M., Nachtbesuche 3 M. (2).

In Bremen haben 11 kleinere Kassen freie Arztwahl, 7 davon schon seit dem Jahre 1893. Die meisten derselben zahlen 3 M. pro Kopf und Jahr (2).

In Canstatt hat die Ortskrankenkasse mit einer durchschnittlichen Mitgliederzahl von 4700 schon seit 1884 die freie Arztwahl. Bezahlung der Einzelleistung mit 1 M. für den Besuch, 60 Pfg. für die Konsultation. Für weitere Entfernungen und Operationen besondere Honorare. Auf alle Anrechnungen erhält die Kasse einen Rabatt von 10 Proz. (2).

In Mannheim sind Verträge mit 23 Kassen auf Grund freier Arztwahl in Kraft. Das Honorar (Pointsystem) beträgt als Pauschale 3—4,50 M. pro Mitglied, 10—12 M. pro Familie. Der Point für die Einzelleistung schwankte von 65,6—72 Pfg. (2).

In der Provinz Hannover besteht freie Arztwahl bei der Krankenkasse für den Amtsbezirk Lüchow (550 Mitglieder), bei der Ortskrankenkasse zu Emden (1600 Mitglieder), der Ortskrankenkasse V (Metallarbeiter), der Krankenkasse von Kroll & Co. und von Käferle (Betriebskrankenkasse), sämtlich in Hannover, bei der Werftbetriebskrankenkasse in Wilhelmshaven (7000 Mitglieder) und den Kassen in Stade, Altland und Bremervörde (2).

In Mainz hatte die Ortskrankenkasse (24000 Personen) von 1890—1893 freie Arztwahl, dann 1 Jahr lang festangestellte Aerzte, seit 1894 aber bis heute wieder freie Arztwahl (2).

Wiesbaden hat freie Arztwahl bei einer eingeschriebenen Hilfskasse und einigen zentralisierten Hilfskassen. Bedingungen 1,25 M. pro Besuch, 75 Pfg. pro Konsultation. Extraleistungen mit besonderer Honorierung. Differenzen werden von einer gemischten Kommission erledigt (2).

In Breslau besteht erst seit 1902 die freie Arztwahl, zuerst bei der Krankenkasse der Maurergesellen (E. H.) mit ca. 1200 Mitgliedern, seit Anfang 1903 bei 10 anderen Kassen mit zusammen 7—8000 Mitgliedern. Honorar bei der Maurerkasse = 70 Pfg. pro Konsultation, 1,20 M. für den Besuch am Tage, 3 M. für den Nachtbesuch, bei den übrigen Kassen 3 M. pro Mitglied und Jahr. Die Verhandlungen führt eine ständige Krankenkassenkommission, die aus Mitgliedern des Vereins Breslauer Aerzte und des Leipziger Verbandes besteht. (Aerztl. V.Bl. 1902, S. 473.)

In Stettin führten 22 Ortskrankenkassen schon 1892 die freie Arztwahl ein. Sie schlossen mit dem dort zu diesem Zweck gebildeten „Verein der Kassenärzte“, dem unter gewissen Voraussetzungen jeder Arzt beitreten konnte, Verträge ab. Bezahlung nach Einzelleistung 50 Pfg. pro Konsultation, 1 M. pro Besuch (2).

In Stuttgart besteht seit 1900 freie Arztwahl bei dem dortigen Ortskrankenkassenverband, mit dem ein Verein für freie Arztwahl verhandelt. Bedingung ist, daß jeder Arzt Mitglied des Vereins ist und bereits 3 Jahre in Stuttgart praktiziert hat. Bezahlung nach Pauschale 3 M. pro Person, 9 M. inkl. Familie (1. 2). Bei der dortigen Eisenbahnbetriebskrankenkasse wird die freie Arztwahl vom 1. Januar 1904 ab eingeführt werden. (Straßburger Mitteil. 1903, S. 101.)

In Braunschweig hat der ärztliche Verein seit 1891 mit mehreren Kassen Vereinbarungen auf Grundlage freier Arztwahl getroffen. Honorarbedingungen: Konsultation 70 Pfg., Besuch 1 M. (2).

In Koblenz besteht seit 1892 freie Arztwahl bei der dortigen Ortskrankenkasse (1).

Köln hat seit 1896 freie Arztwahl bei 9 Kassen mit 4718 Mitgliedern, denen die Auswahl unter 144 Aerzten frei steht. Die Verhandlungen führt eine eigene Krankenkassenkommission (5, S. 50).

In Lübeck besitzt die dortige Gesindekrankenkasse freie Arztwahl (s. oben S. 57).

Freie Arztwahl mit Bezahlung der Einzelleistung führte Pforzheim in Baden ein, dessen allgemeine Ortskrankenkasse 14000 Mitglieder zählt (1).

In Schweinfurt besteht sie seit 1899 unter den dortigen 10 Aerzten, die ein Aversum von 3 M. pro Kopf und Jahr erhalten (1).

Der Danziger Aerzteverein hat die freie Arztwahl, die für seine Mitglieder obligatorisch ist, bei 40 Kassen mit 24000 Mitgliedern eingeführt (1).

Als fernere Orte mit freier Arztwahl sind dann noch genannt Stralsund (Verein Stralsunder Kassenärzte mit freier Arztwahl), Gera, Mühlhausen i. Th., Düsseldorf, Bamberg, Heilbronn, Ulm und mehrere kleinere Orte.

Ist die vorstehende Zusammenstellung auch nicht als vollständig anzusehen, zumal da fast jedes Jahr von neuen Orten gemeldet wird, die freie Arztwahl eingeführt haben, so dürfte sie doch die hauptsächlichen, besonders die größeren Städte enthalten, wo diese Einrichtung vorhanden ist. Wir werden uns nun zunächst nach den Gründen zu fragen haben, die überhaupt zur Einrichtung der freien Arztwahl geführt haben und dann die angeblichen Vorteile und Nachteile erörtern, die derselben anhaften sollen.

Die Ursachen, die zur Forderung der freien Arztwahl seitens der Aerzte geführt haben, liegen in einer Reihe von Vorwürfen, die man dem System der festangestellten Aerzte gemacht hat und die zumeist auf ethischem Gebiete liegen. Da die Anstellung der Aerzte fast allgemein durch den Kassenvorstand geschieht, so sind erstere sehr häufig der Willkür des letzteren ausgesetzt. Es sollen bei der Anstellung nicht selten Unterbietungen und unlauterer Wettbewerb vorgekommen sein, wofür Beispiele aus Gotha, Coburg, Offenbach, Tilsit, Schweinfurt, Iserlohn, Crimmitschau Breslau und Altona angeführt werden (1, S. 882). Einige Kassen sollen sozialdemokratische Aerzte bevorzugen, wofür eine Annonce des bekannten Dr. LANDMANN angeführt wird, welche lautete: „Aerzte, welche der Arbeiterklasse politisch nahe stehen, erhalten einträgliche Kassenarztstellen“ (ibid.). Ferner wird behauptet, daß der Arzt in seinen Verordnungen vom Kassenvorstand abhängig und daß er in seiner Tätigkeit überbürdet sei, da zu wenig Aerzte angestellt werden. Durch diese Nachteile verliere er in den Augen der Kranken das Vertrauen, da sie in ihm nur den Beamten des Vorstandes, nicht den Arzt der erkrankten Mitglieder sähen. Wieweit diese Vorwürfe berechtigt sind, läßt sich nicht immer nachweisen. Schwerwiegender ist dagegen ein anderer Vorwurf des „Zwangsarztsystems“, daß nämlich die Kassenpraxis dadurch in den Händen relativ weniger Aerzte monopolisiert werde und ein großer Teil derjenigen Bevölkerungsklasse, die speziell die Kundschaft des jungen Arztes bilde, der freien Praxis entzogen werde. Durch die Ueberfüllung des ärztlichen Standes, die sich bei uns in den letzten 25 Jahren geltend macht, wird dadurch allerdings ein Angebot ärztlicher Tätigkeit hervorgerufen, das zu den betrübendsten wirtschaftlichen Folgen führen muß. Die Statistik zeigt, daß die Zunahme der Aerzte eine unverhältnismäßig höhere war, als dem Wachsen der Bevölkerung entsprach. Die Zunahme der letzteren betrug nämlich:

in den Jahren	1876—1886 =	9,7 Proz.,	die der Aerzte	15,4 Proz.
„ „	1887—1896 =	11,5 „	„ „ „	**63,8** „
„ „	1897—1900 =	4,2 „	„ „ „	10,6 „

also das $1^1/_2$-fache, fast 6-fache und $2^1/_2$-fache (7, S. 11). Da die Kassenpraxis vielfach als der Weg gilt, überhaupt in die Praxis zu

kommen, so ist dieser Weg demjenigen verschlossen, dem jene versperrt ist.

Diesen Angaben gegenüber wird geltend gemacht, daß auch die freie Arztwahl eine Reihe von Nachteilen mit sich bringe, die teils materieller, teils ethischer Natur sind.

Zunächst wird fast allgemein von den Kassenvorständen behauptet, daß bei der freien Arztwahl die Ausgaben für Arzt, Arznei und Krankengeld sich steigerten. Besonders der Bericht der Berliner Gewerbedeputation vom 20. September 1895 wies nach, daß die Behandlung der Kassenmitglieder durch freigewählte Aerzte pro Kopf und Jahr 1,04 M. mehr kostete, als die Behandlung durch fixierte Aerzte (8, S. 25). Die Gründe und Folgerungen aus dieser Statistik sind zwar mehrfach und besonders erfolgreich von Astor (8) angefochten worden, aber die Tatsache selbst ist immer wieder von den Gegnern der freien Arztwahl als Grund gegen die Einführung derselben angeführt worden. Ein anderer Einwand gegen die freie Arztwahl lautet, daß dieselbe der Simulation Vorschub leiste. Aus der Abhängigkeit vom Vorstande werde hier eine Abhängigkeit des Arztes vom Patienten, dem der Arzt leicht zu Willen werde und dadurch die Simulation begünstige. Das Bestreben, möglichst viel zu verdienen, führe zu unnützer Vermehrung der ärztlichen Leistungen, der sogenannten „Pointjägerei“. Auch fürchtet man von einer allgemeinen Einführung der freien Arztwahl einen noch größeren Zudrang zum medizinischen Studium, während eine nur beschränkte Einführung, in einzelnen größeren Städten etwa, einen übergroßen Zuzug fremder Aerzte dahin im Gefolge haben würde. Als fernere Nachteile werden noch genannt das große Schreibwerk, das notwendig ist, um die erforderliche Kontrolle zu üben, und die Gefahr eines Ueberwuchern des Spezialistentums, das die Tätigkeit des allgemeinen Arztes noch weiter einschränken werde. Schließlich machen viele der bisher fest angestellten Aerzte geltend, daß durch Einführung der freien Arztwahl ihnen ihr bisheriger Lebensunterhalt genommen und sie der Not in die Arme getrieben würden. Es gibt zur Zeit eine große Zahl von Aerzten, die in der Kassenpraxis ihre hauptsächliche oder einzige Einnahme besitzen, die sie durch die freie Arztwahl ganz oder teilweise verlieren würden. Sie bestreiten den Freunden der freien Arztwahl das Recht, ihnen diese Tätigkeit einfach zu nehmen, ohne sie dafür anderweitig zu entschädigen.

Diesen angeblichen Nachteilen stehen nun eine Anzahl von Vorteilen gegenüber, die zwar an Zahl geringer sind, als jene, aber durch ihr Gewicht hingereicht haben, die Majorität der deutschen Aerzte für die freie Arztwahl einzunehmen.

Für die Kranken besteht der Vorteil, daß sie nicht gezwungen sind, sich an einen Arzt zu wenden, der ihnen vielleicht unsympathisch ist und mit dem sie Grund haben, unzufrieden zu sein. Sie können sich einen vom Vorstande unabhängigen Arzt wählen, zu dem sie Vertrauen haben oder indem sie jedenfalls nicht den ihnen aufgezwungenen Kassenbeamten zu erblicken brauchen.

Für die Aerzte bedeutet die freie Arztwahl vor allem die Unabhängigkeit vom Kassenvorstande, die allein genügt hat, um die meisten Aerzte für dieses System zu begeistern. Sie glauben, daß dadurch dem ärztlichen Stande das Ansehen und die Würde erhalten bliebe, die er in Gefahr sei, zu verlieren, und seinem Berufe die Freiheit und Unabhängigkeit zu geben, die zu seiner Ausübung

unerläßlich sei (9, S. 49). Ein weiterer Vorteil der freien Arztwahl besteht für die Aerzte in der Notwendigkeit, sich zu gemeinsamen Organisationen zu vereinigen, was wiederum auf die Hebung des Standes günstig rückwirken muß. An Stelle des Einzelvertrags tritt der Kollektivarbeitsvertrag, wie dies auf anderem Gebiet in England schon von den Gewerkvereinen erstritten worden ist. Endlich wird durch die freie Arztwahl fast überall von Aufbesserung des Honorars für die Aerzte gemeldet, das sich z. B. in Berlin von 1,60 M. pro Kopf und Mitglied im Jahre 1891 auf 3,50—4 M. im Jahre 1903 gehoben hat (4, S. 8).

Sehen wir uns nunmehr die Erfahrungen an, die mit der freien Arztwahl gemacht worden sind. Wir entnehmen die folgenden Angaben wesentlich der Denkschrift des Aerztevereinsbundes (10), die wohl die jüngsten Daten darüber enthält.

Was zunächst die ärztliche Honorierung anlangt, so schwankt dieselbe sehr, je nachdem es sich um Bezahlung der Einzelleistung oder Pauschalbezahlung handelt. In Altenburg stellte sich bei der Ortskrankenkasse der Satz pro Kopf und Jahr auf 4,4 M., pro Krankheitsfall auf 13,8 M., in Düsseldorf auf 6,264 M. pro Kopf, in Marburg auf 3,60 M. pro Fall. In Hannover-Linden, wo sich 72 praktische und 34 Spezialärzte an der freien Arztwahl beteiligen, schwankte für die ersteren der Honorarquotient für ärztliche Behandlung bis zur Dauer von 13 Wochen für die praktischen Aerzte von 1,40—2,50 M., für die Spezialärzte von 3,55—13 M. (Med. Reform 1902, No. 43, S. 404).

Bei Pauschalbezahlungen stellte sich:

in	Hannover (Tiefbohrgesellschaft) bei	2 M.	der Fall mit	0,98 M.
„	Konstanz „	1,50 „	„ „ „	1,60 „
„	Mannheim „	2 „	die Leistung mit	0,50 „
„	München 3 M. u. Zuschuß,	3,27 „	pro Kopf	
„	Berlin bei 3 „ Pauschale,	0,72 „	Besuch, 0,32 M. Konsult.	
„	Frankfurt „ 3,50 „ „	0,62 „	„ bis 0,52 M.	
„	Fürth „ 4 „ „	3 „	pro Fall, 0,75 bis 0,50 M.	
„	Nürnberg (Besuchslimitierung)	4,26 „	„ „	

Die Prozente der ärztlichen Honorare im Verhältnis zur Gesamtausgabe der Kassen stellten sich 1900 im Deutschen Reiche auf ca. 22 Proz. (21,96). Dagegen betrugen dieselben Zahlen bei folgenden Kassen mit freier Arztwahl nur:

Stettin	10,5—13,8	Proz.
Mainz	13 —15	„
Frankfurt a. M.	12 —37	„
Berlin	10 —15	„
Konstanz	16	„
München O.K.K. III	17,9	„
Nürnberg	19	„
Fürth	19	„
Marburg	22,5	„
Zwenkau	25	„

Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung werden überall bei Kassen mit freier Arztwahl als vermindert gegenüber den anderen Kassen angeführt. Dagegen wird vielfach, besonders aus Kassenkreisen, über Erhöhung der Arzneikosten geklagt, ein Nachteil, der sich durch allgemeine Einführung der Verordnungen über sparsame Arzneiverschreibung wesentlich vermindern ließe. Das Gleiche gilt von der Zunahme des Simulantentums bei freier

Arztwahl, das sich bei strenger Kontrolle der Kranken durch angestellte Kontrolleure, sowie durch Selbstkontrolle der Aerzte durch Vertrauensärzte oder Vertrauenskommissionen ebenfalls einschränken läßt. Trotzdem also die Durchführbarkeit der freien Arztwahl erwiesen erscheint, erfreut sie sich, außer in ärztlichen Kreisen, bei den übrigen maßgebenden Faktoren nur sehr geringer Sympathien. Am meisten sind ihr noch die Versicherten selbst zugetan, die in Berlin und Breslau die freie Arztwahl durchgesetzt haben und in den Generalversammlungen der Kassen häufig für dieselbe eintreten. Dagegen verhalten sich die Arbeitgeber durchweg ablehnend, da sie durch die freie Arztwahl den finanziellen Ruin der Kasse und das Großziehen eines ärztlichen Proletariats befürchten. In noch schärferer Form lehnen die Kassen selbst die freie Arztwahl ab. Auf dem 2. allgemeinen Kongreß der Krankenkassen Deutschlands am 15./16. März 1903 in Berlin, an dem 1128 Delegierte als Vertreter von ca. 5300000 Versicherten teil nahmen, wurde unter anderem folgende Resolution einstimmig angenommen (Med. Reform 1903, S. 114):

(Der Kongreß) „erwartet, daß sich niemals Regierung und Volksvertretung zur gesetzlichen Festlegung der freien Aerztewahl bereitfinden wird, weil eine unerträgliche Belastung der Kassen die Folge wäre. . . . . . .“

In ähnlichem Sinne haben sich der 1. Kongreß der Krankenkassen Deutschlands im Jahre 1899 und die Jahresversammlungen des Zentralverbandes von Ortskrankenkassen im Deutschen Reich in den letzten Jahren geäußert. Diese erklärten außerdem noch die freie Arztwahl für einen Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der Kassen. Genau derselben Ansicht sind natürlich auch die Beamten der Krankenkassen, die in ihren Organen (zu denen vor allem die von in Kottbus herausgegebene Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung gehört) stets gegen die freie Arztwahl Front machen.

Was ferner die Regierung betrifft, so hat dieselbe bisher, wenigstens der gesetzlichen Einführung der freien Arztwahl gegenüber, einen ablehnenden Standpunkt eingenommen. Im Jahre 1900 vertrat der preußische Regierungsrat Hoffmann (11, S. 8) die Ansicht, daß die Regelung der Ärztfrage im K.V.G. nicht möglich sei, ebensowenig wie es einen zwingenden Grund gäbe, die Arztfrage bei den Krankenkassen in der Gewerbeordnung zu regeln. Im Jahre 1903, wo abermals eine Novelle zum K.V.G. dem Reichstag vorgelegen, erklärte Zacher (Die Arbeiterversicherung im Auslande, H. 1a, S. 12), Senatsvorsitzender im R.V.A. und einer der besten Kenner der Arbeiterversicherung, daß die freie Arztwahl für Aerzte und Kassen eine arge Selbsttäuschung bedeute. „Denn in größeren Orten, wo die Krankenkontrolle ohnehin ihre Schwierigkeiten hat, führt ein solches System zur Begünstigung des Simulantentums und im Endergebnis zum finanziellen Zusammenbruch der Kassen, vernichtet also die Henne, welche die goldenen Eier legen soll, und in kleineren Orten, wo ohnehin nur einzelne wenige Aerzte praktizieren, bleibt die freie Arztwahl lediglich ein leeres Schlagwort“. Allerdings wendet sich Zacher mit diesen Worten wesentlich gegen die unbeschränkte freie Arztwahl, da er in den folgenden Ausführungen eine bedingt freie Arztwahl unter den bekannten Kautelen für zulässig erklärt.

Auch der Handelsminister Brefeld erklärte im preußischen Abgeordnetenhause am 6. Februar 1900 die freie Arztwahl für „außer-

ordentlich kostspielig“ und meinte, alle Ursache zu haben, „bei solchen Aenderungen vorsichtig zu sein“. (Aerztl. V.Bl. 1900, S. 139).

Was endlich die Juristen und Kommentatoren des K.V.G. anlangt, so sind dieselben ebenfalls der freien Arztwahl nicht gerade zugeneigt. Der bekannte Rechtsanwalt Fuld in Mainz sagte in der Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung:

„Die Erwartung der Aerzte, daß sich ihre Stellung zu den Kassen im Gesetz selbst wird behandeln lassen, ist unbegründet, denn der Gesetzgeber kann den Kassen keine Vorschriften über die Höhe der zu zahlenden Honorare machen und selbst den Aufsichtsbehörden keinen dahingehenden Einfluß auf die Kassenverwaltungen gewähren.“ (11, S. 10.)

Woedtke, der im Jahre 1894 dem Berliner Verein der freigewählten Kassenärzte wohlwollend gegenüberstand (Aerztl. V.Bl. 1894, S. 140), weist in seinem 2 Jahre später erschienenen Kommentar (5. Auflage) die Unzuträglichkeiten der (unbeschränkten) freien Arztwahl nach und betont, daß bei einer den Kassenmitgliedern gestatteten freien oder doch weitgehenden (bedingten) Arztwahl die Kosten namentlich für Arzneien sehr in die Höhe gingen (12, S. 161 ff.).

Hahn, ebenfalls ein bekannter Kommentator des K.V.G., ist nicht unbedingter Gegner jeder freien Arztwahl, verwirft aber gänzlich die vom Dresdener Aerztetage geforderte Bezahlung der Einzelleistung nach der Minimaltaxe und meint, daß bei bedingter freier Arztwahl die von den Aerzten geforderten Bedingungen zuvor die Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde haben müssen, die event. vorher die anerkannte ärztliche Standesvertretung hören könne.

Aus allen diesen Ausführungen ist ersichtlich, daß einer allgemeinen Durchführung der freien Arztwahl, wie sie jetzt von der großen Majorität der deutschen Aerzte gefordert wird, noch mannigfache Schwierigkeiten entgegenstehen. Wir wollen uns jetzt die bestehenden Einrichtungen einiger größerer Städte, in denen die freie Arztwahl schon längere Zeit vorhanden ist, etwas genauer ansehen. Allen diesen Einrichtungen gemeinsam ist das Bestehen einer ärztlichen Vereinigung, welche die betreffenden Kontrakte mit den Kassen abschließt und der die Aerzte, welche sich an der Behandlung der Kassenmitglieder beteiligen wollen, angehören müssen. Wir geben als Paradigmata solcher Einrichtungen die Satzungen des Vereins der Aerzte Düsseldorfs (Aerztl. V.Bl. 1895, S. 548), des Vereins für freie Arztwahl zu Köln (ibid. S. 552) und die Organisation des Vereins der freigewählten Kassenärzte in Berlin (Mugdan, Die freie Arztwahl in Berlin, 1903).

Satzungen des Vereins der Aerzte Düsseldorfs, betreffend die Krankenkassenpraxis auf der Grundlage der freien Aerztewahl.

I. Die Bildung einer Krankenkassenkommission.

§ 1. Die Generalversammlung des Vereins der Aerzte Düsseldorfs hat eine Krankenkassenkommission eingesetzt, welche in allen die freie Aerztewahl betreffenden Angelegenheiten mit der in § 5 gegebenen Einschränkung das Recht hat, im Namen des Vereins der Ae. D. selbständig zu handeln.

§ 2. Die Krankenkassenkommission besteht aus 5 Mitgliedern, die von der Generalversammlung am Schlusse jedes Jahres aus der Zahl der an der Kassenpraxis des Vereins d. Ae. D. teilnehmenden Mitglieder auf ein Jahr gewählt werden.

§ 3. Die Krankenkassenkommission wählt aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und einen Stellvertreter für denselben. Im übrigen gibt sie sich eine eigene Geschäftsordnung.

§ 4. Die Krankenkassenkommission ist die Vertretung des Vereins d. Ae. D. gegenüber denjenigen Krankenkassen, welche die freie Aerztewahl eingeführt haben. Sie hat alle Geschäfte zu führen, die dem Verein d. Ae. D. aus der Einführung der freien Aerztewahl erwachsen mit der in § 5 gegebenen Einschränkung.

§ 5. Die Krankenkassenkommission hat mit denjenigen Krankenkassen, welche die freie Aerztewahl einzuführen beabsichtigen, oder welche sie zur Einführung der freien Aerztewahl bestimmen zu können glaubt, im Namen des Vereins d. Ae. D. Verhandlungen anzuknüpfen und Verträge vorzubereiten. Der Vollzug derselben ist dem Ausschuß vorbehalten. Reichen die von der Generalversammlung für die Abschließung der Verträge vorgeschriebenen Grundsätze zum Abschluß eines bestimmten Vertrages nicht aus, so holt die Krankenkassenkommission die Entscheidung der Generalversammlung ein.

§ 6. Mit denjenigen Krankenkassen, welche die freie Aerztewahl eingeführt haben, ist nur die Krankenkassenkommission befugt, über Angelegenheiten von allgemeinem Interesse zu verhandeln; hierzu gehören alle Honorarfragen, Klagen seitens der Krankenkasse über einzelne Aerzte und umgekehrt, und Aenderungen des Formenwesens einer Krankenkasse.

§ 7. Treten an ein Mitglied des Vereins d. Ae. D. derartige Fragen heran, so ist es verpflichtet, der Krankenkassenkommission Mitteilung von denselben zu machen.

§ 8. Die Krankenkassenkommission hat in stetem persönlichen Verkehr mit den Vorständen derjenigen Krankenkassen zu bleiben, welche die freie Aerztewahl eingeführt haben.

§ 9. Erwachsen der Krankenkassenkommission aus ihrer Tätigkeit Unkosten, so ist sie verpflichtet, dieselben aus den Zahlungen der Krankenkassen zu decken.

§ 10. Die Krankenkassenkommission berichtet über ihre Tätigkeit in der Generalversammlung des Vereins d. Ae. D., wenn sie vom Ausschuß dazu aufgefordert wird.

II. Bestimmungen für die an der Kassenpraxis des Vereins d. Ae. D. teilnehmenden Mitglieder desselben.

§ 11. Die Beteiligung der Mitglieder des Vereins d. Ae. D. an der Kassenpraxis desselben ist bedingt einerseits durch den freien Willen des Einzelnen[1]), andererseits durch die Satzungen des Vereins d. Ae. D.

§ 12. Neu in den Verein d. Ae. D. eingetretene Mitglieder haben erst nach Ablauf des Kalenderjahres, in welchem ihre Aufnahme erfolgte, Anspruch auf Teilnahme an der Kassenpraxis des Vereins und Eintragung in die alljährlich zu druckende Liste der Kassenärzte desselben.

§ 13. Ein Mitglied, das nachgewiesenermaßen fortgesetzt zu große Nachsicht gegen Simulation oder Uebertreibung übt, oder die ärztliche Behandlung oder die Arzneiverordnung ungerechtfertigterweise überteuert, wird von der Kassenpraxis des Vereins d. Ae. D. ausgeschlossen. Die Ausschließung geschieht auf Antrag der Krankenkassenkommission durch den mit zwei Drittel Mehrheit gefaßten Beschluß einer Versammlung der an der Kassenpraxis des Vereins d. Ae. D. beteiligten Mitglieder desselben.

§ 14. Die Mitglieder des Vereins d. Ae. D. dürfen mit einer an der freien Aerztewahl beteiligten Krankenkasse nur solche Verhandlungen führen, welche sich auf rein technische und nur die Person des betreffenden Arztes angehende Dinge, wie z. B. Auskunftserteilung über ein bestimmtes, krankes Kassenmitglied beziehen.

§ 15. Die an der Kassenpraxis des Vereins d. Ae. D. teilnehmenden Mitglieder reichen ihre Rechnungen an die Krankenkassenkommission ein. Die Rechnungen werden nach einer besonderen Taxe aufgestellt, von der Krankenkassenkommission revidiert und unter Zugrundelegung der Gesamtdurchschnittszahl ärztlicher Leistungen pro Krankheitsfall gekürzt. Uebersteigt in einer Rechnung die durchschnittliche Zahl ärztlicher Leistungen (Konsultation, Besuche und Operationen je = 1 gerechnet) den Gesamtdurchschnitt einfach, so beträgt die Kürzung 10 Proz., übersteigt sie ihn ums Doppelte oder mehr, 20 Proz. des liquidierten Honorars abzüglich des Honorars für Operationen.

III. Grundsätze, welche die Krankenkassenkommission bei Abschließung von Verträgen zu befolgen hat.

§ 16. Die auf Einführung der freien Aerztewahl abgeschlossenen Verträge sollen eine Geltungsdauer von mindestens einem Jahre haben.

---

1) Derselbe ist, sofern ein Mitglied noch nicht beteiligt war, oder sich nicht weiter zu beteiligen wünscht, bis zum 10. Dezember des laufenden Jahres der Krankenkassenkommission mitzuteilen.

§ 17. Zur Untersuchung und Erledigung von Angelegenheiten, bei denen sowohl die Krankenkasse wie die Aerzte interessiert sind, ist eine Vertrauenskommission einzusetzen, die aus einer gleichen Anzahl von Mitgliedern der Krankenkassenkommission und des Kassenvorstandes besteht.

§ 18. Die Bezahlung der Aerzte hat zu geschehen nach Maßgabe der einzelnen Leistung, event. mit einem von den Krankenkassen ausgesetzten Pauschalquantum, welches nach Maßgabe der einzelnen Leistung von der Krankenkassenkommission verteilt wird.

§ 19. Die Krankenkassen führen für die von früher her vertragsmäßig bei ihnen angestellten Kassenärzte denselben Zahlungsmodus ein, der für d. Ae. D. gilt.

§ 20. Die Krankenkassen verpflichten sich, den Vertrag mit diesen Kassenärzten zu kündigen, wenn ihnen nachgewiesen wird, daß diese fortgesetzt zu große Nachsicht gegen Simulation oder Uebertreibung üben, oder ungerechtfertigterweise die ärztliche Behandlung oder die Arzneiverordnung überteuern.

§ 21. Die Krankenkassen verpflichten sich, vor einer definitiven Kündigung des Vertrages mit dem Verein d. Ae. D. keine Verträge mit einzelnen Aerzten abzuschließen.

§ 22. Die Verträge sind womöglich derart abzuschließen, daß eine Kündiung derselben nur erfolgen darf, nachdem der Vertrauenskommission (siehe No. 18) die Gründe der Kündigung mitgeteilt worden sind, und diese sich ohne Erfolg bemüht hat, diese Gründe aus dem Wege zu räumen.

IV. Anhaltspunkte für die Krankenkassenkommission bei Verhandlungen mit Krankenkassen.

§ 23. Die Krankenkassen brauchen den bei ihnen von früher her vertragsmäßig angestellten, außerhalb des Vereins d. Ae. D. stehenden Kassenärzten nicht zu kündigen.

§ 24. Die Rechnungen dieser Kassenärzte, sowie die Rechnungen der Apotheker, Krankenhäuser, Badeanstalten, Bandagisten, Optiker und sonstiger Lieferanten werden von der Krankenkasse der Krankenkassenkommission des Vereins d. Ae. D. vorgelegt.

§ 25. Während derselben Krankheit darf der Arzt nur mit Bewilligung des Kassenvorstandes gewechselt werden.

§ 26. Die Aerzte sind berechtigt, für die Kassenmitglieder besondere Sprechstunden anzusetzen.

§ 27. Aufforderungen zu Besuchen, die noch an demselben Tage verlangt werden, müssen möglichst vor 9 Uhr morgens an den Arzt gerichtet werden.

§ 28. Der Arzt wird sich bezüglich der Häufigkeit der Besuche oder Konsultationen nur nach dem Wesen der Krankheit, nicht nach dem Wunsche des Kranken richten.

§ 29. Die Aerzte werden die Entscheidung über etwa vorhandene Erwerbsunfähigkeit mit ganz besonderer Sorgfalt treffen.

§ 30. Die Aerzte sind bereit, dem Kassenvorstande Anzeige zu machen von Krankheiten, die § 6a Absatz 1 No. 2 des K.V.G. von 1892 aufgeführt sind.

§ 31. Bei Verdacht der Simulation wird der Arzt dem Kranken entweder das Ausgehen verbieten, oder die Bettruhe befehlen, oder dem Kassenvorstande Anzeige machen, oder das betreffende Kassenmitglied einem Krankenhaus überweisen, oder es wird ein Konsilium von 3 Aerzten eingesetzt auf Wunsch des Kassenvorstandes oder des Arztes oder des Kassenmitgliedes.

§ 32. Bei wiederholtem Ungehorsam gegen die ärztlichen Verordnungen wird der Arzt den Kranken dem Kassenvorstande anzeigen.

§ 33. In Fällen, bei denen aus Rücksicht auf den Kranken oder die Kasse oder aus allgemeinen sanitären Gründen die Krankenhausbehandlung zweckmäßiger erscheint, wird der Arzt das betreffende Kassenmitglied einem Krankenhause überweisen; im besonderen sind dies folgende Fälle: längere chirurgische Behandlung; ansteckende Krankheiten; Geschlechtskrankheiten, welche für die Umgebung die Gefahr der Ansteckung bieten, oder durch die Fortsetzung der Arbeit verschlimmert werden können; äußere Umstände, welche die Krankenhausbehandlung für den Kranken zweckmäßiger oder für die Kasse billiger erscheinen lassen; Verdacht der Simulation; Wunsch des Kassenvorstandes.

§ 34. Auf die Krankenscheine, resp. in die Quittungsbücher werden die Namen sämtlicher an der Kassenpraxis beteiligten Aerzte mit ihrer Wohnung und Sprechzeit gedruckt.

§ 35. Der Kranke kann auch die Spezialärzte direkt, ohne Ueberweisung seitens eines praktischen Arztes konsultieren.

§ 36. Auf den Krankenscheinen, resp. in den Quittungsbüchern darf sich keine Zuweisung seitens des Kassenbeamten oder Arbeitgebers an einen bestimmten Arzt befinden.

§ 37. Wenn ein Quittungsbuch über die gezahlten Kassenbeiträge als Ausweis des Kranken gegenüber dem Arzte dient, so muß dasselbe die Krankmeldung seitens des Kassenbeamten oder Arbeitgebers enthalten, mit den nötigen Rubriken für die Eintragungen des Arztes versehen sein, für ein ganzes Jahr gelten.

§ 38. Wenn als Ausweis des Kranken gegenüber dem Arzte ein Schein dient, so muß dieser vom Kassenbeamten oder Arbeitgeber unterschrieben sein, dem Kassenbeamten, vom Arzt unterschrieben, wieder zugestellt werden; mit einem Abschnitt versehen sein, der den Ausweis des Arztes gegenüber der Kasse bildet; für die ganze Dauer der Krankheit gelten; gilt der Schein für einen bestimmten Zeitabschnitt, so muß nach Ablauf bescheinigt werden, ob die etwaige Erwerbsunfähigkeit gehoben ist; ist die ärztliche Behandlung nach Ablauf des Scheines noch nicht beendet, so muß die Weiterbehandlung durch denselben Arzt gesichert sein.

§ 39. Die Aerzte werden bei der Rezeptur jeglichen Luxus vermeiden und die Handverkaufsartikel möglichst ausgiebig verwenden; sie werden auch auf Wiederverwendung des Gefäßes achten.

§ 40. Bruchbänder, Brillen und ähnliche Heilmittel, sowie Stärkungsmittel sind nur mit Genehmigung des Kassenvorstandes zu verordnen, Notfälle ausgenommen; werden derartige Gegenstände nicht mehr gebraucht, so sind sie, soweit noch verwendbar, der Kasse wieder zuzustellen.

§ 41. Für Entfernungen, die über 3 km hinausgehen, werden in dem Falle, daß innerhalb einer Entfernung von 3 km vom Kranken kein Arzt zu haben ist, erhöhte Taxen angesetzt.

Anweisung über die Art und Weise der Honorierung der ärztlichen Einzelleistungen bei Kassen, die mit dem Verein der Aerzte Düsseldorfs abgeschlossen haben.

In der außerordentlichen Generalversammlung des Vereins der Aerzte Düsseldorfs vom 19. März 1893 sind zu den am 18. Juli 1892 genehmigten Grundsätzen, betreffend die Ausübung der Kassenpraxis bei freier Aerztewahl (Abschnitt II § 15, Abschnitt III § 19), folgende Ausführungsbestimmungen genehmigt worden:

Die Honorierung erfolgt nach Maßgabe der bei dem Vorsitzenden der Krankenkassenkommission von den beteiligten Aerzten auf besonderen Liquidationsbogen halbjährlich einzureichenden Rechnungen. Jeder Krankheitsfall ist durch die betreffenden Krankenscheine zu belegen.

„Auf den Liquidationsbogen sind in Ansatz zu bringen:

A. Für Konsultation und Besuche:

1) für die erste Konsultation 1 M., für jede folgende 0,75 M.;
2) für den ersten Besuch im Hause des Kranken 1,50 M., für jeden folgenden 1 M. Für Besuche bei mehreren Kranken derselben Familie darf für den zweiten, dritten etc. nur die Hälfte gerechnet werden.

Für Benutzung von Fuhrwerk können besondere Entschädigungen nicht in Ansatz gebracht werden.

B. Für ärztliche und spezialärztliche Verrichtungen sind die Minimalsätze der sächsischen Medizinaltaxe vom 28. März 1889 zu berechnen — mit folgenden Einschränkungen:

1) Alle diejenigen ärztlichen und spezialärztlichen Verrichtungen, deren Minimalhonorar unter 3 M. beträgt (auf den Liquidationsbogen als „kleinere ärztliche Verrichtungen“ bezeichnet), werden wie eine erste Konsultation (= 1 M.) oder — wenn im Hanse des Kranken ausgeführt — wie ein erster Besuch (= 1,50 M.) gewertet.
2) Die Position D 3 (Auswahl und Einsetzen eines künstlichen Auges), D 11 (Katheterismus der Tränenwege), D 19 und D 20 (Entfernung oberflächlich sitzender Fremdkörper aus Hornhaut und Bindehaut) und E 19 (Luftdusche der Eustachischen Trompete) sind nicht besonders als ärztliche Verrichtungen zu werten, es sei denn, daß zu ihrer Ausführung noch anderweitige operative Eingriffe (z. B. Anwendung von Messer, Schere oder Magnet) erforderlich war.
3) Eine besondere Honorierung von Konsultation oder Besuch außer dem Honorar für die bei dieser Gelegenheit ausgeführten ärztlichen Verrichtungen findet nicht statt.
4) Als „Operationen“ sind auf den Liquidationsbogen diejenigen ärztlichen Verrichtungen anzuführen, deren Minimalsatz mehr als 3 M. beträgt, als Maximalsatz wird 20 M. festgesetzt.

C. Die angeführten Sätze gelten nur als Berechnungswerte, welche nach Maßgabe des zur Verfügung stehenden Pauschalquantums seitens der Krankenkassenkommission abzuändern sind.

Um eine eventuelle Reduktion so gering wie möglich zu gestalten, liegt es im Interesse der Gesamtheit der Kollegen, einerseits die konsultative Behandlung möglichst zur Regel zu machen, andererseits die Zahl der Konsultationen und Besuche auf das durch die Art der Krankheit irgend gestattete Minimum zu beschränken."

Die Krankenkassenkommission des Vereins der Aerzte Düsseldorfs.

Satzungen des Vereins für freie Arztwahl zu Köln.

§ 1. Zweck des Vereins. Der Verein bezweckt:

1) Die Einführung der freien Arztwahl bei den Krankenkassen der Stadtgemeinde Köln zu betreiben und dafür in geeigneter Weise Stimmung zu machen.
2) Die Vertretung und Wahrung der Interessen seiner Mitglieder gegenüber denjenigen Krankenkassen, welche mit ihm über die ärztliche Behandlung der Kassenmitglieder Verträge nach dem System der freien Arztwahl in dem Sinne abgeschlossen haben, daß jedem Kassenmitglied in jedem Krankheitsfalle die Wahl unter den dem Kassenvorstand angegebenen Aerzten des Vereins freisteht.
3) Durch Vorträge und Diskussionen in den Versammlungen die Mitglieder über den Geist und die für den Arzt wesentlichen Bestimmungen der neueren sozialpolitischen Gesetzgebung aufzuklären, und über alle Neuerungen auf diesem Gebiete die Mitglieder auf dem Laufenden zu halten.

§ 2. Mitgliedschaft. Mitglied des Vereins kann jeder approbierte Arzt werden, welcher nicht das aktive und passive Wahlrecht zur Aerztekammer verloren oder nicht durch grobe Verletzung der Standesehre sich der Mitgliedschaft unwert gemacht hat. Ob letzteres der Fall ist, entscheidet die Generalversammlung auf Anrufung des Vorstandes durch geheime Abstimmung mit einfacher Majorität der Anwesenden. Die Mitglieder zerfallen in aktive und inaktive; die inaktiven Mitglieder beteiligen sich nicht an der Behandlung der Krankenkassenmitglieder. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Kalenderjahre. Der Antrag auf Aufnahme in den Verein muß schriftlich bis zum 1. Dezember gestellt werden. Dem Antragsteller müssen nach erfolgter Aufnahme die Satzungen des Vereins, die Instruktion für Mitglieder, sowie ein Abdruck der zwischen dem Verein und den Krankenkassen bestehenden Vertragsentwürfe gesandt werden. Die Mitgliedschaft beginnt zum 1. Januar des nächsten Jahres, wenn der Antragsteller bis zum 15. Dezember folgende Erklärung abgegeben hat: „Nach Kenntnisnahme der Satzungen, der Instruktion, sowie des Inhalts der zur Zeit zwischen dem Verein und den Krankenkassen bestehenden Verträge wünsche ich ab 1. Januar 1 . . . . als Mitglied in den Verein aufgenommen zu werden. Ich verpflichte mich, während meiner Mitgliedschaft jeden zwischen dem Verein und den Krankenkassen bestehenden, mit Beobachtung der Satzungen abgeschlossenen Vertrag gleich als wie von mir in eigener Person geschlossen anzusehen und genau zu beobachten." Unterschrift.

§ 3. Pflichten und Rechte. Jedes Mitglied ist verpflichtet, alles zu unterlassen, was die Zwecke und das Ansehen des Vereins irgend schädigt, ferner die Satzungen, die Instruktion und die Beschlüsse der Generalversammlungen streng zu befolgen. Die Mitglieder dürfen an Krankenkassen mit freier Arztwahl nur dann tätig sein, wenn die Kassen sämtliche Aerzte des Vereins zur Behandlung zulassen. Die Mitglieder partizipieren an dem von den Krankenkassen gezahlten Honorar je nach ihrer Arbeitsleistung auf Grund des Beschlusses betreffend die Honorarverteilung.

§ 4. Beitrag. Als Eintrittsgeld werden von jedem Mitglied 10 M. erhoben.

§ 5. Die Mitgliedschaft erlischt:

1) durch Verlust des aktiven und passiven Wahlrechtes zur Aerztekammer;
2) durch freiwilligen Austritt;
3) durch Ausschließung;

Die Auschließung eines Mitgliedes erfolgt:

a) Wegen grober Verstöße gegen die Standesehre.
b) Wenn dasselbe trotz voraufgegangener Verwarnungen den Zwecken des Vereins beharrlich zuwiderhandelt, besonders die Durchführung und Ausbreitung des Systems der freien Arztwahl durch Agitation innerhalb oder außerhalb des Vereins zu hintertreiben sucht oder bei Krankenkassen, die den Beschluß gefaßt haben, freie Arztwahl einzuführen, unter Umgehung des Vereins sich als Kassenarzt anbietet oder ein Anerbieten der Kasse annimmt.
c) Wenn dasselbe nachgewiesenermaßen trotz voraufgegangener Verwarnungen die Krankenkassen fortgesetzt in bewußter und grob fahrlässiger Weise materiell schädigt, d. h.:

1) die Krankenbehandlung über Gebühr ausdehnt,
2) zu teure und zu viele Arzneien verschreibt,
3) unentschuldbare Nachsicht gegen Simulation und Uebertreibung übt.

d) Wenn dasselbe die Vereinsmitlieder finanziell in bewußter Weise schädigt, indem es zur Erlangung und Ausbeutung seiner Kassenpraxis nachweislich unerlaubte Mittel anwendet.

e) Wenn dasselbe durch sein Verhalten gegenüber Kassenmitgliedern und Vorständen fortgesetzt zu gerechtfertigten Beschwerden Anlaß gibt und das Fortbestehen des Vertragsverhältnisses zwischen Krankenkasse und Verein gefährdet.

Vor Beschlußfassung über die zu beantragende Ausschließung ist dem Auszuschließenden die Anklageschrift zuzustellen und Gelegenheit zur mündlichen Verhandlung zu geben; demselben steht das Recht zu, zwei Vereinsmitglieder als Vertrauensmänner mitzubringen, die der Verhandlung aber nur als Zuhörer beiwohnen dürfen. Ueber die Verhandlung wird Protokoll geführt, von welchem dem betreffenden Mitglied auf Wunsch Abschrift zuzustellen ist. Die Ausschließung kann nur beantragt werden, wenn $^3/_4$ der anwesenden Vorstandsmitglieder sich dafür erklären. Die Versammlung, welche über die Ausschließung entscheiden soll, muß binnen 4 Wochen stattfinden. Die Wiederaufnahme eines ausgeschlossenen oder eines freiwillig ausgetretenen Mitgliedes kann auf dessen Antrag erst nach Ablauf von 3 Jahren erfolgen, und zwar nur mit Genehmigung des Vereins.

§ 6. Die freiwillig oder unfreiwillig ausgeschiedenen Mitglieder gehen mit dem Tag des Austrittes aller Rechte an den Verein verlustig, können, abgesehen von dringenden Fällen, keine Kassenmitglieder für Rechnung der Kassen behandeln und auch nicht als Vertreter von Vereinsmitgliedern fungieren.

§ 7. Der Vorstand besteht aus 9 Mitgliedern, und zwar: I. und II. Vorsitzenden, I. und II. Schriftführer, einem Kassenführer, 4 Beisitzern.

§ 8. Wahl des Vorstandes. Der Vorstand wird alljährlich im Monat Januar durch schriftliche Abstimmung in gesonderten Wahlgängen gewählt, die 4 Beisitzer in einem Wahlgange. Einfache Stimmenmehrheit entscheidet. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los. Wiederwahl ist zulässig, abgesehen von den 4 Beisitzern, welche jährlich ausscheiden müssen. Akklamationswahl ist nicht gestattet. Scheiden Vorstandsmitglieder im Laufe des Jahres aus, so hat in der nächsten Versammlung die Ersatzwahl stattzufinden.

§ 9. Der Vorstand besorgt unter Leitung des Vorsitzenden resp. seines Stellvertreters die Geschäfte des Vereins und vertritt denselben nach außen. Der Vorstand schließt mit den Krankenkassen Verträge ab, die für jedes Mitglied rechtsverbindlich sind, sobald sie die Genehmigung der Generalversammlung erlangt haben. Die Verträge sind zu unterzeichnen von einem Vorsitzenden und einem Schriftführer. Der Vorstand verteilt das von Krankenkassen gezahlte Honorar unter die Mitglieder des Vereins. Die Sitzungen des Vorstandes finden nach Bedarf statt; über die Sitzungen ist unter Angabe der in den Sitzungen Anwesenden ein Protokoll zu führen. Der Vorstand ist beschlußfähig bei Anwesenheit von 5 Mitgliedern. Rechtsgültige Beschlüsse erfordern die absolute Mehrheit der anwesenden Mitglieder.

§ 10. Der erste Vorsitzende resp. sein Stellvertreter leitet die Vorstandssitzungen und führt den Vorsitz in den Versammlungen. Die Schriftführer haben die Einladungen zu den Sitzungen zu erlassen, das Protokoll in den Vorstandssitzungen und Versammlungen zu führen, alle laufenden Schreibereien zu erledigen und über deren Ergebnisse in der nächsten Vorstandssitzung zu berichten. Sie besorgen die Drucklegung der vom Vorstande und den Versammlungen beschlossenen Drucksachen und bringen die Beschlüsse des Vorstandes und der Versammlungen zur Kenntnis der Mitglieder. Der Kassenführer hat über die empfangenen Gelder Buch zu führen und alle durch die Verwaltung etc. entstehenden Unkosten zu begleichen.

§ 11. Alljährlich findet im Monat Januar durch zwei von der letzten Versammlung gewählte Revisoren eine Durchsicht und Prüfung der Kassenbücher, sowie des Kassenbestandes statt. Auf Grund des Berichtes dieser Revisoren wird dem Kassenführer Entlastung erteilt.

§ 12. Der Vorstand wählt alljährlich nach Konstitution aus seiner Mitte:

1) eine Rechnungskommission,
2) eine Rezeptrevisionskommission,
3) 3 Mitglieder zur Beschwerde- resp. Vertrauenskommission.

§ 13. Rechnungskommission. Die Rechnungskommission besteht aus dem Kassenführer und zwei Beisitzern. Die Kommission hat die Buchführung zu überwachen, die eingegangenen Liquidationen zu prüfen, das ärztliche Honorar zu berechnen. Die Mitglieder haben das Recht, zu jeder Zeit die Kassenbücher einzusehen.

§ 14. Rezeptrevisionskommission. Die zu Beginn des Jahres zu wählende Rezeptrevisionskommission besteht aus 3 Vorstandsmitgliedern, die Zahl

derselben kann aus den Vereinsmitgliedern vermehrt werden. Die Kommission hat die von den Vereinsmitgliedern verschriebenen Verordnungen zu revidieren. Eventuell zu erlassende Monita sind dem Vereinsvorstand mitzuteilen.

§ 15. Beschwerdekommission. Zur Erledigung von Beschwerden besteht eine Beschwerde- resp. Vertrauenskommission. Dieselbe wird gebildet von 3 von dem Vorstand gewählten Vorstandsmitgliedern und 3 von der Versammlung auf ein Jahr gewählten Vereinsmitgliedern.

§ 16. Versammlung. Eine ordentliche Versammlung muß in jedem Quartal stattfinden. Außerordentliche Versammlungen kann der Vorstand jederzeit berufen; auf schriftlichen Antrag von 15 Mitgliedern ist er dazu verpflichtet. Die Einladung zur Versammlung hat unter Mitteilung der Tagesordnung am Tage vorher zu erfolgen. Die Versammlung wird geleitet durch den ersten resp. zweiten Vorsitzenden. Jede Versammlung ist beschlußfähig. Es entscheidet einfache Majorität. Abstimmung über nicht auf der Tagesordnung stehende Gegenstände ist unzulässig.

§ 17. Obliegenheiten der Versammlungen. Den Versammlungen liegt insbesondere ob:

1) Die Wahl des Vorstandes in der ersten Versammlung des Jahres, resp. Ersatzwahl von Vorstandsmitgliedern,
2) Entlastung des Kassenführers,
3) Genehmigung der Verträge mit Krankenkassen,
4) Beschlußfassung über den Modus der Honorarverteilung,
5) Entgegennahme des Quartals- und Jahresberichtes und Erteilung der Entlastung für die Rechnungsabschlüsse,
6) Beschlußfassung über Statutenänderung. Hierzu ist die Zustimmung von $^3/_4$ der Anwesenden erforderlich.
7) Entscheidung über Ausschließung von Mitgliedern. Hierzu ist die Zustimmung von $^2/_3$ der Anwesenden erforderlich.

Instruktion für die Mitglieder des Vereins für freie Arztwahl.

§ 1. Die ärztliche Behandlung der Mitglieder derjenigen Krankenkassen Kölns, welche mit dem Verein einen diesbezüglichen Vertrag abgeschlossen haben, ist den Mitgliedern des Vereins in der Weise übertragen, daß jedem Krankenkassenmitgliede für jeden Krankheitsfall die Wahl unter den Vereinsärzten freisteht.

§ 2. Die Vereinsärzte sind verpflichtet, jedes sich genügend legitimierende Mitglied der Krankenkasse gewissenhaft zu behandeln.

§ 3. Als Legitimation dient der von der Kasse resp. dem Arbeitgeber ausgefertigte Legitimationsschein. In dringenden Fällen sind die Vereinsärzte verpflichtet, auch ohne Schein auf Grund des Mitgliedbuches die Behandlung zu übernehmen, jedoch nur für den ersten Besuch resp. Konsultation. Das Krankenkassenmitglied muß den Legitimationsschein innerhalb 24 Stunden nachliefern.

§ 4. Jeder zum Verein gehörige Arzt ist verpflichtet, seine Sprechstunden im Aerzteverzeichnisse anzugeben. Die erkrankten Kassenmitglieder, denen es ihr Zustand gestattet auszugehen, sind verpflichtet, sich in der Sprechstunde des Arztes einzufinden. Kranke, welche ihre Wohnung nicht verlassen können, müssen von dem sie behandelnden Arzte besucht werden, so oft es notwendig ist. Die Zahl der Besuche ist in das gewissenhafte Ermessen des Arztes gestellt. Wenn erkrankte Mitglieder in den Sprechstunden um den Besuch bitten lassen, so ist dieser innerhalb 6 Stunden nach der vorschriftsmäßigen Meldung auszuführen, in allen Fällen aber so rasch, als die Rücksicht auf die Erkrankung es dem Arzt notwendig erscheinen läßt. Bei plötzlichen Erkrankungs- und Unglücksfällen ist der Arzt verpflichtet, den Besuch auch während der Nachtzeit zu leisten.

§ 5. Jede Vertretung eines Vereinsarztes muß möglichst durch ein Mitglied des Vereins erfolgen. Ist der Vertreter, der approbiert sein muß, nicht Mitglied des Vereins, so ist dies dem Schriftführer unter Angabe des Namens des Vertreters mitzuteilen. Der Vertreter hat während der Zeit der Vertretung die Satzungen und die Instruktion, sowie die Bestimmungen über die ärztlichen Verordnungen genauestens zu befolgen.

§ 6. Von den Mitgliedern des Krankenkassenkartells wird dem Vereinsarzte eine Karte übergeben, deren einen Abschnitt der Arzt zurückbehält und nach Schluß des Vierteljahres an den Vorstand des Vereins einsendet. Die Karten, auf Grund deren beim Kartell die Honorarverteilung stattfindet, haben eine Gültigkeit von 7 Tagen. Bei dem Sanitätsverein sind ebenfalls Karten eingeführt, die für den Krankheitsfall gelten. Bei diesem, sowie bei sämtlichen anderen Krankenkassen, geschieht die Honorarverteilung nach Krankheitsfall, jedoch mit der Maßgabe, daß bei Krankheiten, die länger dauern, für je 4 Wochen ein besonderer Krankheitsfall gerechnet wird. Der

an den Legitimationsscheinen befindliche Coupon, welcher sofort vom Arzte abzutrennen ist, hat also eine Gültigkeit von 4 Wochen. Die Untersuchung der in eine Krankenkasse Aufzunehmenden wird vom Verein mit 1 M. honoriert.

§ 7. Bei Konsultationen mehrerer Vereinsärzte erhält der zugezogene Arzt von der Krankenkasse einen besonderen Coupon.

§ 8. Die Fragen auf den Krankenscheinen sind genau zu beantworten. Der Name der Krankheit ist leserlich in deutscher Sprache anzuführen. Sollten Humanitäts- oder andere Gründe dies nicht gestatten, so ist die lateinische Bezeichnung der Krankheit in lesbarer Handschrift beizufügen. Die Unterschriften der Aerzte auf den Krankenscheinen und den Rezepten müssen deutlich und leserlich geschrieben sein. Das bloße Stempeln der Krankenscheine und Rezepte ist unzulässig.

§ 9. Die Entscheidung über etwa vorhandene Arbeitsunfähigkeit haben die Vereinsärzte mit ganz besonderer Sorgfalt zu treffen. Es wird erwartet, daß die Vereinsärzte hierbei für das Wohl der Kranken jederzeit zwar ordentlich sorgen, jedoch auch das Interesse der Krankenkasse bei Anweisung der Unterstützungsgelder berücksichtigen und mit der größten Strenge und Vorsicht dabei verfahren; denn nur dadurch kann die unverhältnismäßig hohe Belastung der Krankenkassen vermieden werden. Bei Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit ist der Tag (eventuell auch Sonntag) genau zu bezeichnen. Gestattet der Arzt dem Kranken das Ausgehen, so ist dieses auf dem Krankenscheine genau zu verzeichnen. Die Erlaubnis ist im allgemeinen im Sommer in der Zeit von 7 Uhr vorm. bis 7 Uhr nachm., im Winter von 8 Uhr vorm. bis 5 Uhr nachm. zu erteilen. Ausnahmen sind zulässig. Die Ausgehezeit ist der Kontrolle wegen immer 2 Stunden zu unterbrechen.

§ 10. Bei Verdacht auf Simulation oder bei strittiger Arbeitsunfähigkeit hat der behandelnde Arzt gemäß den Verträgen die Nachuntersuchung beim Vorstand der Krankenkasse zu beantragen. Alle Anfragen der Kassenverwaltungen bezüglich erkrankter Mitglieder sind den Kranken gegenüber stets diskret zu behandeln.

§ 11. Die Verschreibung von Medikamenten, Brillen, Bruchbändern und ähnlichen Heilmitteln geschieht auf den bestimmten Formularen unter Anführung des Namens des Kranken, deutlicher Bezeichnung der Krankenkasse und deutlicher Unterschrift des Arztes. Bei der Verordnung von Medikamenten und Verbandstoffen sind die besonderen Vereinsbestimmungen streng zu beobachten. Bei Wiederholung von Arzneien ist die Reïteration auf einem neuen Rezepte niederzuschreiben. Ein Vermerk auf der Signatur der wiederholt anzufertigenden Arzneien ist unzulässig. Bei Verordnungen von Wein Cognac, Milch, Bädern, Brillen, Bandagen sind die Kranken behufs Bezeichnung des Lieferanten zur Rendantur zu schicken.

§ 12. Ist die Aufnahme in ein Krankenhaus notwendig, so hat der Vereinsarzt einen diesbezüglichen Vermerk auf dem Krankenschein zu machen und einen Aufnahmeschein dem Kranken auszustellen, sodann den Kranken an die Krankenkasse zu verweisen, nicht direkt nach dem Krankenhause; letzteres ist nur gestattet bei dringenden Fällen, d. h. wenn Gefahr im Verzuge ist. Die Hospitalüberweisung hat speziell in den Fällen zu erfolgen, in welchen die Art der Krankheit Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, welchen in der Familie des Erkrankten nicht genügt werden kann.

§ 13. Jeder Vereinsarzt ist verpflichtet, nach dem Schema das Krankenjournal zu führen, worin Namen der Krankenkasse, Namen des Patienten und der Krankheit, ferner bei Krankenkassen, welche Einzelleistung bezahlen, Datum der Konsultationen resp. Besuche anzugeben ist. Diese Listen dienen als Grundlage für die Honorarberechnung und sind nebst den Coupons bis zum 10. des Quartalanfangs an den Kassierer des Vereins einzusenden. Wer dieselben in der Zeit vom 10. bis 20. einsendet, zahlt 1 M. Ordnungsstrafe. Wer dieselben bis zum 20. nicht eingereicht hat, geht seines Honorars verlustig. Die Mitglieder sind am 1. des Quartals auf die Einsendung der Listen aufmerksam zu machen.

§ 14. Von keinem Kassenmitgliede resp. seinen Hinterbliebenen darf der Vereinsarzt für gehabte Mühewaltungen, sei es für Behandlung, sei es für Ausstellung eines Totenscheines eine besondere Entschädigung verlangen. Auch müssen schriftliche Auskünfte und Bescheinigungen, welche von dem Kassenvorstand über den Krankheitszustand eines Mitgliedes verlangt werden, unentgeltlich ausgefertigt werden.

§ 15. Jeder dem Vereine angehörende Arzt muß die vorstehende Instruktion aufs genaueste befolgen. Verstöße dagegen werden durch Verwarnungen resp. Ausschluß aus dem Verein nach den Satzungen geahndet.

Organisation des Vereins der freigewählten Kassenärzte in Berlin.

Der Verein der freigewählten Kassenärzte, der seit dem 12. August 1902 Rechtsfähigkeit durch staatliche Verleihung besitzt, besteht seit

dem Dezember 1891. Es gehören ihm 1578 Aerzte, darunter auch 4 weibliche Aerzte, als Mitglieder an. Von diesen sind 507 Spezialärzte und 46 Professoren oder Privatdozenten an der Universität. Als Jahresbeitrag wird von jedem Mitgliede 3 M. erhoben.

Mitglied des Vereins kann jeder, im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befindliche, geschäftsfähige Arzt werden, der seinen Wohnsitz in Berlin oder einem Vororte Berlins hat.

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Kalenderjahre; der Antrag auf Aufnahme in den Verein muß unter Nachweis der Approbation spätestens ein Vierteljahr vorher gestellt werden. Dem Antragsteller werden bis zum 2. Oktober nach seiner Meldung die Satzungen, Instruktion und Taxe des Vereins, sowie ein Abdruck der zwischen dem Verein- und Krankenkassen bestehenden Verträge gesandt. Die Aufnahme in den Verein erfolgt zum 1. Januar des nächsten Jahres, wenn der Antragsteller bis zum 15. Oktober das Eintrittsgeld (10 M.) bezahlt und folgende eigenhändig unterschriebene Erklärung abgegeben hat:

„Nach Kenntnisnahme der Satzungen, der Instruktion und Taxe des Vereins der freigewählten Kassenärzte, sowie des Inhalts der zur Zeit zwischen dem Verein der freigewählten Kassenärzte und den Krankenkassen bestehenden Verträge wünsche ich vom 1. Januar 19 . . ab als Mitglied in den Verein der freigewählten Kassenärzte aufgenommen zu werden. Ich verpflichte mich, während meiner Mitgliedschaft jeden zwischen dem Verein der freigewählten Kassenärzte und einer Krankenkasse bestehenden, mit Beobachtung der Satzungen des Vereins der freigewählten Kassenärzte geschlossenen Vertrag gleich als wie von mir in eigener Person geschlossen anzusehen und genau zu beobachten, ferner die Zwecke des Vereins nach Kräften zu fördern, und die Satzungen des Vereins, die Instruktion, die Beschlüsse der Mitgliederversammlung, sowie die Verfügungen des Vorstandes streng zu befolgen."

Der freiwillige Austritt aus dem Verein ist nur am Ende jedes Jahres nach vorausgegangener vierteljährlicher Kündigung gestattet. In Ausnahmefällen kann der Vorstand des Aerztevereins im Einverständnis mit den Kassenvorständen den Austritt zu jeder Zeit gestatten.

Der Vorstand des Vereins der freigewählten Kassenärzte besteht aus 16 Personen. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter, die beiden Schriftführer und die beiden Rendanten werden von der Mitgliederversammlung gewählt; die übrigen 10 Vorstandsmitglieder sind die Vorsitzenden der Vereinssektionen, d. h. der einzelnen, nach den Postbezirken Berlins und der Vororte gebildeten Abteilungen des Vereins, und werden von diesen gewählt.

In den Sektionssitzungen werden die Mitteilungen aus dem Vereinsvorstande zur Kenntnis genommen, sowie Anträge an denselben oder die Mitgliederversammlung vorbereitet, auch werden in den Sektionssitzungen vorgekommene Verstöße der Sektionsmitglieder bei der Arzneiverordnung oder bei ihren Liquidationen — natürlich ohne Nennung des Namens — besprochen.

Jedes Vorstandsmitglied ist berechtigt, die Liquidationen und die erkrankten Kassenmitgliedern verschriebenen Rezepte der Vereinsmitglieder zu prüfen und an die letzteren deshalb, namens des Vorstandes, Anfragen zu richten.

Jedem Mitgliede des Vereins der freigewählten Kassenärzte steht das Recht zu, in seiner Behandlung befindliche Kassenpatienten, deren Zustand entweder nicht aufgeklärt ist oder den Verdacht auf Simulation erregt, zur Nachuntersuchung einem anderen von ihm zu wählenden Vereinsmitgliede zu überweisen. Auch die Krankenkasse kann die Nachuntersuchung eines in ärztlicher Behandlung befindlichen Kassenmitgliedes verlangen; in diesen Fällen wird zuerst der behandelnde Arzt zum Bericht aufgefordert, und falls durch diesen Bericht die Sache noch nicht geklärt ist, wird vom Vorstande des Aerztevereins oder einem Beauftragten desselben aus der Zahl der Vereinsmitglieder ein für den Fall besonders geeigneter Arzt, dessen Urteil maßgebend ist, mit der Nachuntersuchung betraut.

Seit dem 1. Januar 1902 läßt der Verein der freigewählten Kassenärzte die Krankenscheine in den Bureaus der Krankenkassen durch Aerzte, die er auswählt und auch besoldet, kontrollieren. Diese kontrollierenden Aerzte haben das Recht, wenn die auf dem Krankenschein vermerkte Diagnose das Fortbestehen der Erwerbsunfähigkeit des Kranken oder auch nur die erlaubte Ausgehezeit nicht genügend erklärt, den behandelnden Arzt anzufragen und eventuell — als Beauftragte des Vorstandes — eine Nachuntersuchung anzuordnen.

Diese Einrichtung der kontrollierenden Aerzte hat sich vorzüglich bewährt.

Alle Verträge, welche Mitglieder des Vereins mit Krankenkassen und Gemeindekrankenversicherungen abschließen, erneuern oder verlängern wollen, müssen vor dem definitiven Abschluß, bez. Erneuerung oder Verlängerung der Vertragskommission

des Vereins rechtzeitig zur Prüfung vorgelegt werden. Diese Vertragskommission besteht aus 9 Mitgliedern, von denen 4 vom Vorstande, die übrigen 5 und 5 Stellvertreter von den Sektionen gewählt werden.

Zur Erledigung von Beschwerden besteht eine ärztliche Beschwerdekommission. Dieselbe wird gebildet von 3 von dem Vorsitzenden von Fall zu Fall zu bestimmenden Vorstandsmitgliedern. Beschlußfähig ist die Beschwerdekommission nur bei Anwesenheit von 3 Mitgliedern; sie faßt ihre Beschlüsse mit Stimmenmehrheit. Die Beschwerdekommission erledigt die eingegangenen Beschwerden durch Vermittelung oder Verwarnung. Gegen die Verwarnung ist binnen 8 Tagen nach ihrer Verkündigung Berufung an den Gesamtvorstand zulässig.

Die Beschwerdekommission ist auch zu dem Antrage auf Ausschließung befugt. Bei Verhandlungen des Vorstandes, die auf Antrag der Beschwerdekommission oder zum Zweck der Berufung gegen ihr Urteil stattfindet, dürfen diejenigen Vorstandsmitglieder, welche die betreffende Beschwerdekommission gebildet haben, nicht mitstimmen.

Außerdem besteht noch zur Untersuchung und Erledigung von Beschwerden, die von Aerzten gegen Mitglieder bez. die Verwaltung der Krankenkasse oder von Mitgliedern bez. der Verwaltung der Krankenkassen gegen Aerzte erhoben werden, eine gemeinschaftliche Beschwerdekommission (Einigungskommission), in welche der Vorstand der an der Beschwerde beteiligten Krankenkasse und der Vorstand des Aerztevereins je 3 Mitglieder delegieren. Den Vorsitz dieser Kommission führt abwechselnd ein Kassenmitglied und ein Arzt.

Die gemeinschaftliche Beschwerdekommission, der das Recht zusteht, Verwarnungen zu erteilen, faßt ihre Beschlüsse mit Stimmenmehrheit; doch hat jedes Mitglied der gemeinschaftlichen Beschwerdekommission das Recht, nach der Abstimmung, sofern dieselbe Stimmengleichheit ergibt, zu beantragen, daß eine neue, die Beschwerde endgültig entscheidende Sitzung stattfindet, in welcher der Vorsitz einem stimmberechtigten, die Qualifikation zum Richteramte habenden Obmann übertragen wird.

Diesem Antrage, der seit dem Bestehen dieser Bestimmung (1. Januar 1902) noch niemals gestellt worden ist, muß Folge geleistet werden, wenn außer dem Antragsteller noch 2 Mitglieder der Beschwerdekommission ihm zustimmen.

Von dem Vorstande des Aerztevereins und den Vorständen der beteiligten Krankenkassen sind 5 Herren bestimmt worden, die als Obmänner vorgeschlagen werden dürfen; von diesen sind zwei ständige Mitglieder des Reichsversicherungsamts und je einer ein Richter, Rechtsanwalt und Gewerberichter.

In dem 11-jährigen Bestehen des Vereins sind, ganz vereinzelte Ausnahmen abgerechnet, die Beschlüsse der gemeinschaftlichen Beschwerdekommission immer einstimmig gefaßt worden.

Der Ausschluß eines Arztes aus dem Verein der freigewählten Kassenärzte erfolgt durch Beschluß des Vereinsvorstandes. Der Ausschluß muß erfolgen, 1) wenn ein Vereinsmitglied seine Approbation als Arzt verloren hat; 2) wenn der Vorstand einer mit dem Verein in Vertragsverhältnis stehenden Kasse den Ausschluß eines Mitgliedes auf Grund der Vertragsbestimmungen verlangt. Zu diesem Verlangen ist der Vorstand einer Krankenkasse nach den Verträgen nur dann befugt, wenn ein Arzt durch die gemeinschaftliche Beschwerdekommission innerhalb eines Jahres zweimal verwarnt worden ist, oder wenn die gemeinschaftliche Beschwerdekommission bei der ersten Verwarnung — die aber in diesem Falle nur nach zweimaliger Beratung erfolgen darf — zu dem Urteil gelangt ist, daß die Krankenkasse durch die Schuld des Arztes grob fahrlässig oder absichtlich finanziell geschädigt worden ist oder Vergehen vorliegen, welche eine fernere Tätigkeit bei den Krankenkassen unmöglich macht.

Außerdem kann der Ausschluß eines Vereinsmitgliedes erfolgen:

1) wenn es ohne Zustimmung der Vertragskommission einen Vertrag mit einer auf Grund des Krankenkassenversicherungsgesetzes bestehenden Kasse abgeschlossen, erneuert oder verlängert hat;
2) wenn es bei der Ausübung der Kassenpraxis die Krankenkassen bezw. die Gemeindekrankenversicherungen — oder die Vereinsmitglieder absichtlich oder grob fahrlässig finanziell geschädigt hat;
3) wenn es die Satzungen oder die Instruktion gröblich oder wiederholt verletzt hat;
4) wenn es die Beschlüsse der Mitgliederversammlung oder die Verfügungen des Vorstandes absichtlich nicht befolgt.

In diesen Fällen ist gegen das auf Ausschließung lautende Urteil des Vorstandes die Berufung an die Mitgliederversammlung des Vereins zulässig.

In den letzten 7 Jahren sind aus dem Verein der freigewählten Kassenärzte 4 Aerzte ausgeschlossen worden und zwar einer wegen Verlustes der Approbation

zwei auf Antrag der Krankenkasse nach Verwarnung durch die gemeinschaftliche Beschwerdekommission und einer, weil er gegen die Vorschriften über die Vertragskommission verstoßen hat[1]).

Alle Kassen, die mit dem Verein der freigewählten Kassenärzte im Vertragsverhältnis stehen, bezahlen als **Honorar** für die ärztliche Behandlung ihrer Mitglieder an den Verein der freigewählten Kassenärzte ein Pauschquantum (Aversalsumme), das pro Jahr und pro Kopf des Kassenmitgliedes berechnet seit dem 1. Jan. 1902 bei keiner Kasse weniger als 3,50 M. beträgt (früher 3 M.). Einige besser situierte Betriebskrankenkassen und freie Hilfskassen bezahlen 3,80 M., die Betriebskrankenkasse der Stadtgemeinde Berlin, deren Geschäftsgebiet ein ungemein ausgedehntes und zu einem nicht kleinen Teile wegen der Rieselgüter ein ausgesprochen ländliches ist, bezahlt 4 M. Bei den meisten dieser Kassen hat der Aerzteverein Honorierung der unregelmäßigen Entbindungen und derjenigen Liquidationen für die erste dringende ärztliche Hilfeleistung übernommen, die durch die Zuziehung von außerhalb des Vereins stehenden Aerzten entstehen, jedoch beides zusammen nur bis zu 5 Proz. des jährlich gezahlten Honorars.

Ferner haftet der Verein der freigewählten Kassenärzte für jeden Schaden, welcher den Krankenkassen dadurch erwächst, daß von seiten der Aerzte die Bestimmungen der Verträge, die Satzungen, die Instruktion, die Arzneivorschriften oder Verfügungen des Aerztevorstandes nicht beachtet werden.

Der Krankenkasse steht das Recht zu, bei Zahlung des fälligen Honoras Abzüge in der Höhe des Betrages des durch ein Versehen eines Arztes zugefügten Schadens zu machen, sobald derselbe von dem Vorstande des Aerztevereins anerkannt worden ist; der Arzt, durch dessen Versehen ein Abzug vom Gesamthonorar erfolgt ist, ist verpflichtet, den Betrag dieses Abzuges dem Aerzteverein wiederzuerstatten.

Sämtliche Kassen bezahlen das Honorar in vierteljährlichen Raten postnumerando, spätestens bis zum 15. des ersten Monats des nächsten Quartals und zwar fast allgemein durch Einzahlung bei der Deutschen Bank, bei der der Verein ein Konto besitzt. Einige Kassen haben sich verpflichtet, das Honorar zu einem früheren Termine, nämlich bis zum 5. des ersten Monats des nächsten Quartals einzuzahlen und erhalten für diese 10 Tage eine Zinsvergütung.

Der Verein der freigewählten Kassenärzte verteilt das erhaltene Arzthonorar, nach Abzug der für ihn entstandenen Verwaltungsausgaben, unter seine Mitglieder nach Maßgabe ihrer Leistungen unter Zugrundelegung eines **Pointsystems**. Der Aerzteverein hat eine Gebührenordnung beschlossen, in der die Sätze nicht in Reichswährung, sondern in Points ausgeworfen werden; es wird z. B. eine Konsultation im Hause des Arztes mit 1 Point, ein Besuch der Wohnung des Patienten mit 2 Points bezahlt und und für chirurgische Leistungen ein Zuschlag von 2—10 Points gewährt. Bei diesem Zahlungsmodus findet also eine wirkliche Bezahlung nach Einzelleistungen statt, nur kann das Honorar für die einzelne Leistung erst am Schluß des Vierteljahres festgestellt werden. Für jeden Nachtbesuch erhält ein Arzt 4 M., für jede Nachtkonsultation 2 M., für jede regelwidrige Entbindung 10 M. Diese Ausnahmen von der Pointberechnung sind deshalb getroffen worden, um den Aerzten für diese Leistungen ein feststehendes Honorar zusichern zu können. Ferner muß hervorgehoben werden, daß größere chirurgische Eingriffe in Berlin fast ausschließlich nur in öffentlichen oder privaten Heilanstalten gemacht werden, so daß für dieselben in der Vereinstaxe ein angemessen hoher Gebührensatz nicht ausgeworfen zu werden braucht.

Der Wert des einzelnen Points wird sehr leicht, wie folgt, ermittelt: Stehen nach Abzug der Verwaltungskosten am Schluß eines Vierteljahres dem Verein zur Auszahlung z. B. 104 000 M. zur Verfügung und betragen die Liquidationen für Nachtbesuche und Nachtkonsultationen 3000 M., für regelwidrige Entbindungen 2000 M., und sind außerdem 250 000 Points zu bezahlen, so beträgt der Wert des Points 40 Pfg.

In Wirklichkeit ist der Point seit Bestehen des Vereins, 5 Auszahlungen ausgenommen, immer unter 40 Pfg. gewesen, er hat im II. Quartal 1902: 39 Pfg., im III. Quartal 1902: 39 Pfg., im IV. Quartal 1902: 36 Pfg. betragen. Im I. Quartal 1902 hat im Durchschnitt jeder Arzt für jeden von ihm behandelten Fall 5,43 Points liquidiert, im II. Quartal 1902: 5,08 Points, im III. Quartal 1902: 4,86 Points.

Zweifellos ist diese Honorierung eine ungenügende. Da aber im Jahre 1891 von den Berliner Kassen als Arzthonorar durchschnittlich 1,60 M. pro Kopf des Mitgliedes und pro Jahr bezahlt wurde, so hat der Verein der freigewählten Kassen-

1) Ausgeschlossene oder unzeitig, ohne Erlaubnis des Vorstandes, ausgeschiedene Mitglieder dürfen erst 3 Jahre nach dem Ausschlusse bezw. Austritt in den Verein wieder aufgenommen werden, und zwar nur mit Genehmigung des Vorstandes.

ärzte im Laufe der Zeit eine nicht unwesentliche Erhöhung der kassenärztlichen Honorare erzielt.

Von denjenigen Kassen, die mit dem Verein der freigewählten Kassenärzte einen Vertrag abgeschlossen haben, stehen ununterbrochen im Vertragsverhältnis: eine Ortskrankenkasse (Maschinenbauer) seit dem 1. Januar 1892, 8 andere Ortskrankenkassen, eine Betriebskrankenkasse und der Verband der freien Hilfskassen des Hirsch-Dunkerschen Gewerksvereins seit dem 1. Januar 1893, die Allgemeine Ortskrankenkasse gewerblicher Arbeiter und Arbeiterinnen, die allein ca. 70000, darunter ca. 30000 weibliche Mitglieder zählt, seit dem 1. Januar 1897, die Betriebskrankenkasse der Stadtgemeinde Berlin seit ihrem Bestehen (Mai 1900). Hieraus allein geht schon hervor, daß die Krankenkassen mit dem durch den Verein der freigewählten Kassenärzte repräsentierten Kassenarztsystem durchaus zufrieden sind.

Aus diesen Satzungen und Instruktionen, die sich bewährt und in anderen Städten vielfach Nachahmung gefunden haben, ist ersichtlich, daß die freie Arztwahl unter gewissen Kautelen und Bedingungen wohl durchführbar und ohne Gefahr für die Kassen einzurichten ist. Diese Bedingungen ließen sich, kurz zusammengefaßt, folgendermaßen formulieren:

1) Sämtliche Aerzte eines Kassenbezirks sind zur Kassenpraxis zuzulassen, wenn sie sich auf gewisse Bedingungen verpflichtet haben.

2) Die Bedingungen für die ärztliche Behandlung und deren Honorierung werden vertragsmäßig festgesetzt durch Kommissionen (Vereinigungen) der Aerzte und Delegierte (Vorstände) der Krankenkassen, event. unter Mitwirkung der ärztlichen Standesvertretung. Die Festlegung der Verträge hat schriftlich zu geschehen.

3) Die Kassenmitglieder sind, von dringenden Fällen abgesehen, auf die Wahl unter diesen Aerzten beschränkt.

Hiermit sind die Wünsche und Forderungen der Aerzte für die freie Arztwahl allerdings noch nicht erschöpft. Besonders wünschen dieselben noch, daß bei den Honorarbestimmungen die staatliche Taxe zu Grunde gelegt werde und Personen mit Einkommen über 2000 M. Kassenmitglieder weder werden noch bleiben dürfen. Aber da gegen diese Bestimmungen Regierung und Krankenkassen energisch opponieren, so werden die Anhänger der freien Arztwahl sich zunächst mit den oben aufgeführten Bedingungen begnügen können. Die Wünsche derselben, welche in den Beschlüssen der deutschen Aerztetage zu Tage treten, haben seit 20 Jahren schon öfters gewechselt, und es erscheint vielleicht angebracht, diese Beschlüsse, soweit sie sich auf die Krankenkassenfrage beziehen, zusammenzustellen. Ein Vergleich derselben wird lehren, daß im Laufe der Jahre mancher Wunsch sich geändert hat, wenn auch die freie Arztwahl seit 1891 nicht wieder verschwindet.

Die in Frage kommenden Beschlüsse der deutschen Aerztetage lauten folgendermaßen:

Eisenach 1884.

„1) In erster Linie ist, wo immer durchführbar, die Bezahlung der Einzelleistung nach der ortsüblichen Minimaltaxe anzustreben.

2) Bei Abschluß von Verträgen mit festen Jahressätzen (Aversen) scheint nach den bisherigen Erfahrungen als Norm der Satz von 2—4 M. für den einzelnen und etwa das Dreifache für die Familie angemessen zu sein.

3) Die Ueberwachung der abzuschließenden Verträge bleibt den einzelnen Vereinen überlassen.

4) Gegenüber den freien Hilfskassen wird den Vereinen empfohlen, in Erwägung bez. Beschlußfassung darüber einzutreten, in welcher Weise etwa das Honorar zu sichern sei, z. B. durch Garantie bei Gelegenheit der Atteste oder durch sofortige Bezahlung.

5) In Bezug auf diejenigen Kassen, mit welchen schon jetzt Verträge unter ungünstigen Bedingungen bestehen, erscheint es zweckmäßig, dahin zu streben, daß diese Bedingungen allmählich mit den vorstehend angegebenen in Einklang gebracht werden."

Stuttgart 1885.

„1) Der XIII. Deutsche Aerztetag beauftragt den Geschäftsausschuß, die Entwickelung des Krankenkassenwesens bezüglich der Stellung der Aerzte hierzu im Auge zu behalten und eventuell hierzu aus seiner Mitte eine besondere Kommission unter Hinzuziehung geeigneter Persönlichkeiten und Bewilligung der nötigen Geldmittel zu bestellen.

2) Der Geschäftsausschuß möge veranlassen, daß auf dem nächsten Aerztetage ein Referat über die Stellung der Aerzte zu den verschiedenen staatlichen und privaten Bahnen erstattet werde."

Eisenach 1886.

„1) Der XIV. Aerztetag erklärt: Der bezügliche Beschluß des XII. Aerztetages ist noch als zu Recht bestehend anzusehen.

2) Das vorliegende Material ist in Verbindung mit der Statistik der Krankenkassen, welche die Reichsregierung in der nächsten Zeit veröffentlichen wird, für die berührten Fragen weiter zu verwerten.

3) Das Mandat der ad hoc gewählten Kommission wird bis zum nächsten Aerztetage verlängert."

Dresden 1887

wurde eine statistische Uebersicht gegeben.

Bonn 1888. (Abänderungen des Krankenkassengesetzes.)

Braunschweig 1889. (Abänderungen des Krankenkassengesetzes.)

München 1890.

„1) Der Aerztetag betont von neuem die großen Gefahren, welche die Krankenkassengesetzgebung, namentlich durch ihre bevorstehende Ausdehnung auf die Familienversicherung, in sich birgt, falls nicht ein befriedigendes Einvernehmen zwischen den Kassenvorständen und der Vertretung der Aerzte zu stande kommt.

Er verkennt nicht, daß auf letzterem Wege an manchen Orten ein beiderseits zufriedenstellendes Verhältnis entstanden ist, während anderswo die bisherige Entwickelung der Krankenkassengesetzgebung vielfach zu einer sehr erheblichen moralischen wie materiellen Schädigung des ärztlichen Standes geführt hat.

2) Ein unumgänglich notwendiges Mittel zur Abwehr dieser Gefahren ist die Uebertragung der Disziplinargewalt an die staatlich anerkannten Vertretungen (Aerztekammern, Bezirksvereine etc.), mag dieses Recht denselben nun allgemein auf dem Wege der Reichsgesetzgebung oder seitens der Einzelstaaten durch die Landesgesetzgebung verliehen werden.

3) Solange ein generelles Kurpfuschereiverbot nicht ausgesprochen (Abänderung des § 29 der Gewerbeordnung), ist die Einfügung der Bestimmung in das Krankenkassengesetz, daß Kurpfuscher nicht zur Behandlung der Krankenkassen zugelassen sind, unsere dringende und selbstverständliche Forderung."

Weimar 1891.

„Die freie Wahl des Arztes bei den Krankenkassen entspricht sowohl den Interessen der Kassenmitglieder als auch den berechtigten Forderungen der Aerzte. Da sich dieselbe aber aus verschiedenen praktischen Gründen nicht vollständig überall durchführen läßt, so müssen wenigstens, wo dies möglich ist, den Kassenmitgliedern verschiedene Aerzte zur Wahl freigestellt werden.

Ueber die Art der Ausführung sowie auch über andere Verhältnisse sollte eine Verständigung der Kassenvorstände mit den Aerzten, resp. deren Vertretung, in gemeinsamer Beratung stattfinden. Am zweckmäßigsten ist eine Vertretung der Aerzte im Vorstande selbst."

Eisenach 1895.

„1) Die freie Arztwahl entspricht am besten der Stellung der Aerzte in der Krankenkasse.

2) Durch die freie Arztwahl werden die Aufgaben der Krankenkassen am besten erfüllt.

3) Die freie Arztwahl ist eine berechtigte Forderung der Aerzte und der Kassenmitglieder.

4) Dem Begriff der freien Arztwahl entspricht jede Einrichtung, welche einerseits jedem Arzt eines Kommunalbezirkes die Berechtigung gewährt, bei einer Kasse unter bestimmten vorher vereinbarten, den einzelnen Arzt verpflichtenden Bedingungen als Kassenarzt zu fungieren, andererseits jedem Kassenmitglied in jedem Krankheitsfalle die Wahl unter diesen Aerzten freiläßt.

5) Die Organisation dieser Einrichtung geschicht am zweckmäßigsten durch Abschluß von Verträgen zwischen ärztlichen Vereinigungen, und zwar, wo solche vorhanden sind, von den staatlich organisierten Vereinen mit den Vorständen der Krankenkassen. Diese Verträge müssen Bestimmungen enthalten über das Honorar, über Abwehrmaßregeln gegen Simulation, Arzneiverschwendungen und über andere im Interesse der Kassen und Aerzte notwendige Maßregeln."

Nürnberg 1896.

„Der XXIV. Aerztetag verharrt auf dem in den Eisenacher Beschlüssen vom 28. Juni 1895 eingenommenen Standpunkte und bedauert, daß durch den Erlaß des preußischen Ministers für Handel und Gewerbe vom 26. November 1895 die auf Organisation der freien Arztwahl mittels Vertragsschlusses zwischen ärztlichen Vereinigungen und Kassenvorständen abzielenden Bestrebungen eine Erschwerung und zeitweise Lahmlegung erfahren haben.

Er erblickt für die Notwendigkeit eines repressiven Einschreitens der Aufsichtsbehörden weder in den bestehenden gesetzlichen Vorschriften, noch in den angezogenen statutarischen Bestimmungen der Ortskrankenkassen eine ausreichende Begründung. Er gibt sich der Hoffnung hin, daß wie andere deutsche Regierungen auch die preußische Staatsregierung den berechtigten Wünschen der Aerzte und der Mitglieder der Krankenkassen in gleicher Weise Rechnung tragen und zu dem System der freien Arztwahl in wohlwollenderer Weise Stellung nehmen werde."

Dresden 1899.

„Nachdem der Aerztetag wiederholt betont hat, daß durch die Einführung der freien Arztwahl die Aufgaben der Krankenkassen am besten erreicht und die berechtigten Forderungen der Aerzte und der Kassenmitglieder erfüllt werden,

nachdem ferner durch zahlreiche Beispiele die Durchführbarkeit der freien Arztwahl bei vollem Gedeihen der Krankenkassen erwiesen ist, und andererseits die willkürliche Ausschließung von zur Mitarbeit bereiten Aerzten vielfach zu schweren Zerwürfnissen geführt hat, —

erklärt der XXVII. deutsche Aerztetag:

1) Es ist an der Zeit und ein Erfordernis des öffentlichen Wohles, bei den Krankenkassen gesetzlich die freie Arztwahl einzuführen.
2) Er erwartet demgemäß von den gesetzgebenden Körperschaften des Deutschen Reiches, daß diesem Erfordernisse entsprochen werde
   1. durch Entfernung der Worte „ärztliche Behandlung" bezw. „Aerzte" aus § 6a[6] und § 26a Absatz 2 No. 2b, sowie aus § 46 des Gesetzes vom 10. April 1892;
   2. durch Einfügung folgender Bestimmungen in das Gesetz:
      a) Die Mitglieder der Krankenkassen können sich im Falle der Erkrankung einen Arzt aus denjenigen approbierten Aerzten des Kassenbezirkes wählen, die sich zu den entsprechenden Leistungen verpflichtet haben.
      b) Die Honorierung der kassenärztlichen Leistungen hat nach den Minimalsätzen der Landestaxen zu erfolgen.
      c) Das Verhältnis der Aerzte zu den Kassen wird durch schriftlichen Vertrag festgelegt.
      Der Vertrag bedarf der Genehmigung der staatlichen Standesvertretung der Aerzte.
      d) Zur Kontrollierung der übernommenen Verpflichtungen, sowie zur Schlichtung von Streitfällen ist ein aus Kassenangehörigen und Aerzten zu gleichen Teilen zusammengesetztes Schiedsgericht zu bilden; Beschwerden gegen seinen Spruch werden von der Aufsichtsbehörde nach Anhörung der zuständigen staatlichen Standesvertretung entschieden."

Ferner werden einstimmig angenommen die Anträge Löbkers:

1) Personen, die ein jährliches Gesamteinkommen von über 2000 M. haben, dürfen nicht in den Krankenkassen versichert sein.

2) Der Begriff Arzt und ärztliche Hilfe ist unzweideutig im Gesetz festzulegen. Zur ärztlichen Behandlung (§ 6 des K.V.G.) sind ausschließlich in den deutschen Bundesstaaten approbierte Aerzte berechtigt.

Endlich wird noch ein Antrag Leipzig-Stadt auf

„Herbeiziehung eines sachverständigen ärztlichen Beirates bei Revision des Krankenversicherungsgesetzes"

angenommen.

Königsberg 1902.

„1) Die Mitglieder der Kassen sollen die Hilfe jedes Arztes anrufen können, der im Bezirke der Krankenkassen tätig ist und sich auf die vereinbarten Bedingungen verpflichtet hat.

2) Die gegenseitigen Leistungen zwischen Aerzten und Krankenkassen sollen vereinbart werden von Kommissionen, die zu gleichen Teilen von Aerzten des Bezirks und Delegierten der Krankenkassen gebildet werden.

3) Den Honorarbestimmungen in diesen Kommissionen ist die staatliche Taxe zu Grunde zu legen.

4) Personen mit einem Gesamteinkommen über 2000 M. dürfen weder Kassenmitglieder werden noch bleiben.

5) Die Behandlung von erkrankten Mitgliedern darf nur durch die in den deutschen Bundesstaaten approbierten Aerzte stattfinden, welche einzig und allein berechtigt sind, die Erwerbsunfähigkeit eines Mitgliedes zu bezeugen.

6) Zu streichen ist die Bestimmung in § 6a, Absatz 1, Ziffer 2, und in § 26a, Absatz 2, Ziffer 2, „daß Versicherten, welche sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln, durch Trunkfälligkeit oder geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben, für diese Krankheit das Krankengeld gar nicht oder nur teilweise zu gewähren ist".

7) Der Geschäftsausschuß wird beauftragt, bei den gesetzlichen Standesvertretungen aller deutschen Bundesstaaten auf die sofortige Errichtung von Vertragskommissionen hinzuwirken.

8) Abänderung des Formulars für die Statistik der Krankenkassen."

Berlin 1903.

„1) Der am 7. März 1903 in Berlin zusammengetretene außerordentliche Deutsche Aerztetag stellt mit Bedauern fest, daß in dem Entwurfe eines Gesetzes, betr. weitere Abänderungen des Krankenversicherungsgesetzes, welcher am 27. Februar cr. in erster Lesung vom Deutschen Reichstage beraten und einer Kommission überwiesen wurde, den langjährigen, einmütigen und durchaus spruchreifen Forderungen der deutschen Aerzte wiederum nicht Rechnung getragen worden ist, obwohl der Deutsche Aerztevereinsbund seit Bestehen des Krankenversicherungsgesetzes nicht nachgelassen hat, auf die Schädigungen hinzuweisen, welche aus diesem Gesetze sowohl für den ärztlichen Stand, wie für die Versicherten erwachsen sind.

Um die aus dieser Sachlage drohenden Gefahren abzuwenden, richtet der Deutsche Aerztetag an die Reichsregierung und an den Reichstag die Aufforderung, die in der Denkschrift des Deutschen Aerztevereinsbundes an den Bundesrat begründeten Wünsche der deutschen Aerzte, nach Anhörung von ärztlichen Sachverständigen, zu berücksichtigen.

2) Im Hinblick auf die bisher fruchtlosen Versuche, die Reichsregierung zur Berücksichtigung der ärztlichen Forderungen zu veranlassen, ruft der Deutsche Aerztetag die deutschen Aerzte auf:

bis zur zufriedenstellenden Lösung der Kassenarztfrage in festem Zusammenschluß die Mittel der Selbsthilfe nachdrücklich zur Anwendung zu bringen."

Die Berliner Beschlüsse bringen ein neues Moment in die Bestrebungen der Aerzte zur Einführung der freien Arztwahl, das Prinzip der Selbsthilfe, das in den letzten Jahren zunehmend an Boden zu gewinnen scheint. Hervorgerufen wurde dasselbe durch Konflikte, die zwischen Aerzten und Krankenkassen stattfanden und zuweilen in direkte Streiks der ersteren übergingen. Derartige Konflikte kamen vor in Stuttgart (1887), Coblenz (1893), Barmen, Iserlohn (1897), Remscheid (1898), Lüben (1899), Leipzig, Bamberg, München (1901), Canstatt, Magdeburg (1902), Gera, Stralsund, Mühlhausen i. Th. (1903). Diese Konflikte, im Verein mit dem geringen Entgegenkommen, welches die Aerzte bei den gesetzgebenden Faktoren und Kassen fanden, veranlaßten dieselben, engere Verbände zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen zu gründen, deren Beginn im Jahre 1900 stattfand. Es waren nicht weniger als 4 solche Verbände, die im genannten Jahre ins Leben traten:

1) die Zentrale für freie Arztwahl mit dem Sitz zuerst in Cöln, später in Berlin;

2) der Verein zum Schutz ärztlicher Interessen in Ludwigshafen a. Rh.;

3) der Württembergische Aerzte-Vereinsbund;

4) der Verband für die Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen in Leipzig, kurz der „Leipziger Verband“ oder „L. V.“ genannt.

Von diesen hat besonders der Leipziger Verband eine große Ausdehnung erhalten. Derselbe hatte im Juli 1903 bereits über 8000 Mitglieder, unter denen sich nicht nur praktische Aerzte, sondern auch Medizinalbeamte und Lehrer an Universitäten in großer Zahl befanden. Als Zweck des Verbandes bezeichnet § 2 seiner Satzungen: „die deutschen Aerzte zur Besserung ihrer wirtschaftlichen Lage zusammenzuschließen und insbesondere solche Kollegen zu unterstützen, die in Wahrung der Standesinteressen gegenüber Krankenkassen und ähnlichen Korporationen materielle Einbuße erlitten haben oder zu erleiden befürchten müssen.“

Das Hauptverdienst um das Blühen und Wachsen des Verbandes gebührt seinem Begründer Dr. HARTMANN in Leipzig-Connewitz, der auch Vorsitzender desselben ist. Als Beitrag ist bis auf weiteres 20 M. für das Jahr festgesetzt. Während anfangs der L. V. auf mannigfachen Widerstand, auch in der Aerzteschaft, stieß und besonders der Aerztevereinsbund einen gefährlichen Nebenbuhler in ihm erblickte, den man bekämpfen müsse, haben sich seit 1902 die Aussichten des L. V. sehr zu seinen Gunsten verschoben. 1903 geschah auf dem außerordentlichen Aerztetage in Berlin eine vollständige Aussöhnung mit dem Aerztevereinsbund. Der L. V. soll, unter Erhaltung seiner Selbständigkeit und Aktionsfreiheit, fortan eine besondere Abteilung des Deutschen Aerztevereinsbundes bilden.

Wenden wir uns nun zu den Vertragskommissionen, die das Verhältnis zwischen Aerzten und Krankenkassen regeln sollen, so finden wir dieselben bereits in einer Reihe deutscher Staaten in Tätigkeit (13, S. 6).

Die Provinz Schlesien hat eine von der Aerztekammer eingesetzte „Kommission von 5 Mitgliedern“, welche die Verträge zwischen Aerzten und Sanitätsvereinen, Krankenkassen u. dgl. zu prüfen hat.

In Leipzig bestehen in sämtlichen Bezirksvereinen ähnliche Einrichtungen.

In Hamburg besteht seit 1899 eine von der Aerztekammer erwählte „Zentralstelle für Krankenkassenangelegenheiten“, der 15 Aerzte, darunter 5 Mitglieder der Kammer, angehören und welche als Vermittelungskommission zwischen Aerzten und Kassen fungiert.

In der Rheinprovinz hat die Aerztekammer 12 Grundsätze für die mit Krankenkassen abzuschließenden Verträge aufgestellt, welche die Bewerbungen um Stellen, Erstrebung der freien Arztwahl, Regelung des Honorarwesens etc. regeln.

Westfalen hat seit 1902 Vertragskommissionen und lokale Vereinigungen.

In Posen hat die Aerztekammer Vertrags-, Vertrauens- und Subkommissionen eingerichtet.

Die Provinz Sachsen hat wohl die bestorganisierten Vertragskommissionen, deren Bestimmungen wir hier zum Abdruck bringen wollen (Ae. V. Bl., 1902, S. 268):

„§ 1. In der ersten Sitzung jeder Wahlperiode wählt die Aerztekammer aus der Zahl ihrer Mitglieder und Stellvertreter für jeden Regierungsbezirk eine Vertrags-

kommission (V.K.) von 3 Mitgliedern und 3 Stellvertretern zur Regelung der zwischen Aerzten einerseits und Krankenkassen oder anderen Korporationen andererseits abgeschlossenen bezw. abzuschließenden Verträge.

§ 2. Die innere Organisation der Vertragskommissionen bleibt denselben vorbehalten.

§ 3. Jede V.K. hat eine den örtlichen Bedürfnissen entsprechende Anzahl von Vertrauenskommissionen zu zu wählen.

§ 4. Die Anzahl der Mitglieder, sowie den Wahlmodus der Vertrauenskommissionen bestimmt die zuständige V.K.

§ 5. Ueber den Gang der Wahlverhandlungen und über das Ergebnis der Wahlen zur Vertrauenskommission ist ein Protokoll aufzunehmen, dessen Original in den Händen der V.K. bleibt und welches in Abschrift dem Vorsitzenden der Aerztekammer der Provinz Sachsen zuzustellen ist.

§ 6. Die Mitglieder der Vertrauenskommissionen haben ihres Amtes — wie die sub § 1 gewählten Mitglieder der Vertragskommissionen auf die Dauer einer Aerztekammerperiode und darüber hinaus, bis zu der je nach 3 Jahren erfolgenden Neuwahl zu walten.

Aus der Amtsführung erwachsene bare sachliche Auslagen (Drucksachen und Porti) werden aus der Kasse der Aerztekammer ersetzt.

§ 7. Jeder seitens eines Arztes mit einer öffentlichen oder privaten Korporation, insbesondere mit Versicherungsgesellschaften und -anstalten, sowie mit Kranken-, Unfalls-, Invaliditäts- und sonstigen Kassen neu abzuschließende oder nach Ablauf der kontraktlich vorgesehenen Vertragsdauer, bezw. nach erfolgter Kündigung zu erneuernde oder zu ändernde schriftliche oder mündliche Vertrag ist vor endgültigem Abschlusse der V.K. zur Prüfung und eventuellen Genehmigung vorzulegen.

Auch steht der V.K. das Recht zu, auf Antrag der Kassenärzte, der Kassenvorstände, eines ärztlichen Vereins oder, wenn es ihr notwendig erscheint, aus eigenem Antriebe schon bestehende Verträge zu prüfen.

§ 8. Die V.K. hat ihre jeweilige Entscheidung über die Zulässigkeit eines Vertrags auf Grund vorheriger eingehender Prüfung der Verhältnisse seitens der zuständigen Vertrauenskommissionen zu fällen.

§ 9. Die Vertragskommissionen haben der Aerztekammer alljährlich in der Herbstversammlung Bericht über ihre Tätigkeit zu erstatten."

In jedem Falle also stellt die Vertragskommission eine Art oberste Aufsichtsbehörde vor, welche den Verträgen die endgültige Genehmigung zu erteilen hat, Streitfragen zwischen Kassen und Aerzten, sowie Klagen über letztere zu entscheiden und Aerzte bei Krankenkassen zu verwarnen und abzusetzen die Machtbefugnis haben muß. Die lokalen Vertrauenskommissionen, wo solche neben der Vertragskommission bestehen, haben die übrigen Punkte bei den Verhandlungen zwischen Aerzten und Krankenkassen zu regeln.

Einer allgemeinen Durchführung der Vertragskommissionen steht vorläufig noch der Mangel einer Aerzteordnung, die für ganz Deutschland gültig ist, im Wege. Staatlich anerkannte Vertretungen des ärztlichen Standes bestehen bisher nur in Anhalt, Baden, Bayern, Braunschweig, Elsaß-Lothringen, Hamburg, Hessen, Lübeck, Oldenburg, Preußen, Sachsen und Württemberg, während 14 kleinere Staaten überhaupt nichts derartiges besitzen. Eine eigentliche Aerzteordnung findet sich nur in ganz vereinzelten Staaten, wie in Hamburg. Bis zum Erlaß einer allgemein gültigen, gesetzlichen Aerzteordnung wird man aber auch von einer allgemeinen Einführung von Vertragskommissionen im ganzen Deutschen Reich absehen müssen.

Wir kommen damit auch auf die Frage, ob eine allgemeine, event. gesetzliche Durchführung der freien Arztwahl möglich oder überhaupt zweckmäßig ist. Der gesetzlichen Einführung steht natürlich nichts im Wege, wenn Bundesrat und Reichstag einen dahin gehenden Beschluß fassen würden. Solange ein solcher Beschluß aber nicht vorliegt, halte ich eine etwa auf dem Wege der Selbsthilfe zu erzwingende allgemeine Einführung der freien Arztwahl vorläufig nur für ein Ideal.

Einen Generalstreik zu proklamieren, wie von einigen Seiten vorgeschlagen wurde, um damit die freie Arztwahl zu erzwingen, halte ich für eine Unmöglichkeit, weil keine Organisation besteht, die zur Zeit alle deutschen Aerzte zu einem so folgenschweren Schritt zwingen könnte, und ein Koalitionszwang nach § 152 der G.O. sogar unter Strafe gestellt ist. Es bleibt daher vorläufig der auch bisher mit Erfolg beschrittene Weg übrig, durch Agitationen unter den Aerzten und den Kassenmitgliedern, durch Gründung von „Vereinen zur Einführung der freien Arztwahl" u. ä. Propaganda für letztere zu machen [1]).

Die Frage, ob die freie Arztwahl überall und für alle Arten von Krankenkassen zweckmäßig ist, kann auch noch nicht als entschieden betrachtet werden. Auf dem Lande, in Ortskrankenkassen und überhaupt bei solchen Kassen, deren Mitglieder zerstreut unter der übrigen Bevölkerung wohnen, hat sie sich überall bewährt. Dagegen werden von verschiedenen Seiten bei Betriebs-(Fabrik-)Kassen mit zusammenwohnender Arbeiterschaft und bei Bahnkassen [2]) die festangestellten Aerzte für zweckmäßiger erachtet (cf. KAUFMANN, Aerzt. V.Bl., 1899, S. 13. und WILMANS, 14, S. 32 ff.). Der Arzt lernt dabei durch jahrelanges Wirken die Gesundheitsverhältnisse seiner Kassenmitglieder, die Einwirkungen des Betriebes auf ihre Gesundheit besser kennen und kann dadurch seinen Klienten mehr nützen, als wenn er neben anderen Aerzten nur dann und wann gerufen wird. Auch wird er bei Epidemien sicherer auftreten können, wenn er die lokalen Verhältnisse beherrscht.

Wir glauben somit, daß die freie Arztwahl bei den Krankenkassen sich, wie bisher, weiter entwickeln und an Ausdehnung gewinnen wird, halten aber für eine gesetzliche oder durch Selbsthilfe erzwungene allgemeine Einführung derselben die Zeit noch nicht gekommen.

Literatur zum VI. Kapitel.

1) **Lechler,** *Arzt und Krankenkasse, Münch. med. Wochenschr., 1902, No. 21—23.*
2) *Die Stellung der Aerzte bei den Krankenkassen, Tatsachenmaterial, zusammengestellt im Auftrage des Geschäftsausschusses des Deutschen Aerztevereinsbundes, 1901.*
3) *Korrespondenz-Blätter des Allg. ärztlichen Vereins von Thüringen, 1902, S. 201.*
4) **O. Mugdan,** *Die freie Arztwahl in Berlin, 1903.*
5) **R. Henrich,** *Die freie Arztwahl im Deutschen Reiche, München 1898.*
6) **A. Moll,** *Aerztliche Ethik, Stuttgart 1902.*
7) **A. Haeseler,** *Der wirtschaftliche Ruin des Aerztestandes, Frankfurt a. M. 1902.*
8) **J. B. Astor,** *Zur Geschichte und Statistik der freien Arztwahl in Berlin, Berlin 1899.*
9) **O. Mugdan,** *Das Krankenversicherungsgesetz, Leipzig 1900.*
10) *Die Stellung der Aerzte bei den Krankenkassen, Denkschrift von Dr. Mayer-Fürth u. Dr. Hoeber-Augsburg. Beil. z. Aerztl. Vereinsbl., No. 490, 1903.*
11) **H. Hartmann,** *Welche Aussichten haben die Aerzte auf Erfüllung ihrer Wünsche bei der Neuberatung des Krankenversicherungsgesetzes? Leipzig 1902.*
12) **E. von Woedtke,** *Kommentar zum K.V.G., 5. Auflage, Berlin 1896.*
13) **H. Kastl,** *Wie schützt sich die deutsche Aerzteschaft vor den Folgen der Novelle zum K.V.G.? München 1903.*
14) **Wilmans,** *Krankenkassen und Krankenhäuser größerer Betriebe, Berlin 1901.*
15) **G. Zepler,** *Die Lage der Aerzte und ihr Verhältnis zu den Krankenkassen, Berlin 1903.*

1) In München ist es im Juni 1903 zu einer Einigung aller Aerzte gekommen. Sämtliche Aerzte der Krankenkassen haben ihre Stellen gekündigt, um neue Verträge auf Grund der freien Arztwahl, Einsetzung von Schiedsgerichten und Bezahlung der Einzelleistung durchzusetzen.

2) Auch der preuß. Eisenbahnminister Dr. Budde hat in einem Schreiben an den Vorstand der Eisenbahnkrankenkasse in Danzig am 7. April d. J. erklären lassen, daß „die freie Arztwahl bei den Eisenbahnbetriebs-Krankenkassen mit den besonderen Anforderungen des Eisenbahnbetriebes nicht vereinbar ist" (Münch. med. Wochenschr., 1903, S. 1408).

Zweiter Abschnitt.

Die Krankenversicherung in den ausserdeutschen europäischen Staaten.

I. Oesterreich.

A. Allgemeines.

Die österreichische Krankenversicherung ist um 5 Jahre jünger als die deutsche. Sie beruht auf dem Gesetz vom 30. März 1888, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, der Novelle hierzu vom 4. April 1889 (dem Gesetz vom 4. April 1899, betreffend die Lehrlingskrankenkassen) und der Novelle zum Gewerbegesetz vom 23. Februar 1897, das in seinem § 115a die Errichtung obligatorischer Meisterkrankenkassen, denen jedes Mitglied der betreffenden Genossenschaft angehören soll, gestattete.

Oesterreich ist neben Deutschland, Ungarn und Luxemburg der einzige europäische Staat, der für gewerbliche Arbeiter die Zwangsversicherung in Krankheitsfällen durchgeführt hat. In Frankreich sind nur die Bergleute zwangsweise versichert; in Norwegen, Italien und Schweiz haben zwar die Regierungen sich für die Zwangsversicherung entschieden, ohne daß dieselbe jedoch bisher Gesetzeskraft erlangt hat.

Bis zum Jahre 1880 herrschten in Oesterreich ähnliche Zustände auf dem Gebiet der Krankenversicherung, wie bei uns. Es bestanden seit lange private Krankenkassen, so die Veteranenvereine und sogen. „Heiligenvereine", die neben Krankengeld teilweise auch freie ärztliche Behandlung boten, ferner die „Allgemeinen Arbeiter-Kranken- und Unterstützungskassen", die am Ende der 60er Jahre mit der sozialdemokratischen Bewegung als wirksames Organisationsmittel gegründet wurden und neben Krankengeld auch durchweg freie ärztliche Hilfe gewährten. Auch gab es Bruderladen für Bergarbeiter, gewerbliche Fabriks- und Genossenschaftskrankenkassen und freie Hilfsvereine, die jedoch gänzlichen Mangel an Normen über ihre Organisation aufweisen. Das österreichische K.V.G., das weiter unten zum Abdruck gelangt, lehnt sich im großen und ganzen an das deutsche Gesetz an. Die Zwangsversicherung erstreckt sich auf die gewerblichen Arbeiter und Betriebsbeamte, während die Arbeiter in Land- und Forstwirtschaft, sowie Hausindustrie nur der freiwilligen Versicherung unterworfen

sind. Alle nicht versicherungspflichtigen Personen, die das 35. Lebensjahr nicht überschritten haben, sind berechtigt, sich den Bezirkskrankenkassen anzuschließen. (Freiwillige Mitglieder.) Aus der unten abgedruckten Statistik vom Jahre 1900 (der letzten amtlichen, die vorliegt) ergibt sich das Vorhandensein von **3326** Kassen mit über $2^1/_2$ Millionen Mitgliedern; dieselben sind in Form örtlicher Krankenkassen (auf Gegenseitigkeit mit Selbstverwaltung) neben freien Hilfskassen errichtet.

Das österreichische Gesetz kennt 6 Kassenarten: Bezirkskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Genossenschafts-(Innungs-)Krankenkassen, Vereinskrankenkassen, Baukrankenkassen und Bruderladen (Knappschaftskassen); ferner gibt es noch Militärveteranenvereine, Bezirksarmenkassen und Eisenbahnkrankenkassen. Nur die 4 erstgenannten sind aber von Bedeutung, so daß wir auf ein näheres Eingehen bei den übrigen verzichten können.

Was zunächst die Unterschiede in den Leistungen von den deutschen Krankenkassen betrifft, so sei erwähnt, daß als Minimalleistung freie Kur und Krankengeld in der Höhe von **60** Proz. des ortsüblichen Tagelohnes bis zur Lohnhöhe von 4 K. (M. 3,40) gewährt wird (in Deutschtand 50 Proz. des Durchschnittslohnes). Die Dauer der Unterstützung beträgt mindestens 20 Wochen (bei uns 26 Wochen), kann aber, wie in Deutschland, bis auf ein Jahr ausgedehnt werden und darf mehr als 60 Proz. des Durchschnittslohnes betragen. Eine mehrfache Versicherung in verschiedenen Kassen ist in unbegrenzter Höhe gestattet.

Alle in einem versicherungspflichtigen Betriebe beschäftigten Arbeiter und Beamte sind ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Lohnes oder Gehaltes versicherungspflichtig. Bei uns sind Betriebsbeamte, Werkmeister, Techniker und Handlungsgehilfen (Buchhalter) in Betrieben bekanntlich weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt, wenn ihr Gehalt 2000 M. übersteigt. Die Versicherungspflicht kann auf Antrag der Beteiligten aufgehoben werden, wenn sie bei Krankheiten Anspruch auf Fortbezug ihres Lohnes oder Gehaltes während mindestens 20 Wochen haben.

Es ist ferner gestattet, daß jeder, er möge einem Stand oder Beruf angehören, wem er wolle, das Recht hat, freiwillig einer Bezirks- oder Vereinskasse beizutreten. Eine Vermögensgrenze, die bei uns in allen Zwangskassen auf 2000 M. jährliches Einkommen festgesetzt ist, gibt es in Oesterreich nicht. Dagegen haben die Kassen das Recht, eine Altersgrenze zu fixieren, die aber nicht unter 35 Jahre heruntergehen darf. Die Wiener Allgemeine Arbeiterkrankenkasse hat von dieser Bestimmung Gebrauch gemacht und für Männer das 50., für Frauen das 40. Jahr als Grenze festgesetzt. Eine vorherige ärztliche Untersuchung ist nicht erforderlich, aber zulässig. Versicherungspflichtige Mitglieder können, wie bei uns, beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen.

Sehen wir uns jetzt die 4 hauptsächlichen Kassenarten etwas näher an.

I. Die Bezirkskrankenkassen, die im Jahre 1900 an Zahl 570 mit 1036347 Mitgliedern = 41 Proz. aller Versicherten stark waren, entsprechen ungefähr unseren Ortskrankenkassen. Sie sind meist nach territorialen Gerichtsbezirken abgegrenzt. Alle Arbeiter, die keiner

der folgenden Krankenkassen angehören, müssen einer Bezirkskrankenkasse beitreten. Da in Oesterreich alle in einem bestimmten Betriebe beschäftigten Arbeiter einer und derselben Kasse angehören, so können weder die Kassen noch die Arbeiter dabei eine bestimmte Auswahl treffen. Die Bezirkskassen haben gewöhnlich das an Lohn schlechtest bezahlte Versicherungsmaterial und ihre Leistungen sind entsprechend die niedrigsten im Vergleich mit den übrigen Kassen. Neuerdings macht sich das Bestreben geltend, mehrere solcher kleinerer Kassen zusammenlegen und dieselben mehr zu zentralisieren, wodurch die Verwaltungskosten sich verringern würden und die Leistungsfähigkeit zunähme.

II. Die Betriebskrankenkassen, welche die einer gewerblichen Genossenschaft (Innung) nicht angehörenden Unternehmer größerer Betriebe für ihre Arbeiter unter deren Mitwirkung errichten, sind der Zahl nach die größten. Im Jahre 1900 bestanden 1343 derartige Kassen, aber mit nur 663537 Mitgliedern, also etwa $26^1/_2$ Proz. der Versicherten. Viele dieser Kassen haben, wie bei uns, auch die Familienangehörigen mitversichert, aber nur für ärztliche Behandlung, nicht für Arznei etc. Ueber die Zahl der versicherten Familienangehörigen finden sich nirgends zuverlässige Angaben.

III. Genossenschaftskrankenkassen. Dieselben entsprechen etwa unseren Innungskrankenkassen, werden auf Beschluß der betreffenden Genossenschaft errichtet und sind für alle in dem Gewerbe beschäftigten Arbeiter obligatorisch. Im Jahre 1900 bestanden 877 solcher Kassen mit 367358 Mitgliedern, also etwa 14,7 Proz. der Versicherten. Die Genossenschaftskrankenkassen werden fast nur in größeren Städten errichtet und vereinigen sich dann oft zu einem Verbande mit gemeinsamer Verwaltung. So besteht in Wien ein „Verband der Genossenschaftskrankenkassen Wiens“, der 55 Kassen umfaßt. Derselbe hat auch die „Allgemeine Arbeiterkrankenkasse“ in seinen Verband aufgenommen, mit der zusammen er 231000 Mitglieder (1900) besitzt.

IV. Die Vereinskrankenkassen. Hierzu gehören die eingeschriebenen, „registrierten“ Hilfskassen und ähnliche Kassen. Sie betrugen zusammen nur 146 im Jahre 1900, von denen 30 registrierte Hilfskassen waren. Ihre Mitgliederzahl ist recht groß, 428703 in 1900, was etwa 17 Proz. der Versicherten entspricht. Darunter befanden sich 84 registrierte Hilfskassen mit mehr als 90000 Mitgliedern. (M. M. W. 1902, No. 51, S. 2168.) Die größte dieser Kassen ist die schon erwähnte Allgemeine Arbeiterkrankenkasse, die allein an 125000 Mitglieder besitzt.

Die Verwaltung der ersten 3 Kassenarten wird gemeinsam von Arbeitgebern ($^1/_3$) und Arbeitnehmern ($^2/_3$) geführt, während bei den Vereinskrankenkassen nur die Versicherten die Verwaltung in Händen haben.

Wir geben nun der besseren Uebersicht halber die amtliche Statistik der österreichischen Krankenkassen im Jahre 1900 nach den amtlichen Nachrichten des k. k. Ministeriums des Innern, betreffend die Unfallversicherung und die Krankenversicherung der Arbeiter (Jahrg. 14, No. 6, Wien, 1. Juni 1902):

Im Jahre 1900 standen außer den Lehrlingskassen 2948 (2949 im Jahre 1899) Kassen in Tätigkeit; von diesen waren 570 (572) Bezirkskrankenkassen, 1343 (1357) Betriebskrankenkassen, 3 (5) Baukranken-

kassen, 877 (873) Genossenschaftskrankenkassen, 146 (139) Vereinskrankenkassen, von diesen 30 (20) registrierte Hilfskassen. Die Zahl der versicherten Personen betrug 2496284 (2442333), worunter 540777 (526899) weiblichen Geschlechtes. 163195 (155999) der Kassenmitglieder waren nicht versicherungspflichtig. Auf die einzelnen Kassenkategorien verteilt sich die oben angegebene durchschnittliche Gesamtzahl der Mitglieder, wie folgt:

Bezirkskrankenkassen	1 036 347	(1 007 681)	Mitglieder
Betriebskrankenkassen	663 537	(650 939)	„
Baukrankenkassen	339	(1 485)	„
Genossenschaftskrankenkassen	367 358	(360 536)	„
Vereinskrankenkassen	428 703	(421 692)	„

Die Gesamtzahl der Krankenkassen ist sonach gegenüber dem Vorjahre fast unverändert geblieben, während die durchschnittliche Mitgliederzahl abermals um 2,2 (3,9) Proz. des vorjährigen Standes gestiegen ist. Von den 2496284 (2442333) durchschnittlich versicherten Mitgliedern erkrankten im Berichtsjahre 1001378 (992634) Personen in 1260388 (2261623) Erkrankungsfällen mit zusammen 21293555 (21055310) Krankentagen mit Krankengeldbezug und Spitalsverpflegung. Ueberdies wurden in 51053 (49319) Entbindungsfällen für 1399474 (1349566) Tage Unterstützungen (Krankengelder) gewährt. Die Gesamtzahl der Unterstützungsfälle beläuft sich sonach auf 1311441 (1310942) mit 22693029 (22404876) Unterstützungstagen. Sterbefälle wurden 22834 (23351) gezählt. Aus diesen Daten folgt, daß von 100 Mitgliedern durchschnittlich 40,1 (40,6) erkrankten, bezw. daß auf je 100 Mitglieder durchschnittlich 50,5 (51,7) Erkrankungen überhaupt (Erkrankungsprozent) von einer durchschnittlichen Dauer von 16,9 (16,7) Tagen entfielen. Weiter kamen auf je 100 weibliche Mitglieder 9,44 (9,36) Entbindungen (Entbindungsprozent). Die Zahl der auf ein männliches Mitglied durchschnittlich entfallenden Krankentage (Morbilitätsziffer) beziffert sich mit 8,54 (8,58) und jene der weiblichen Mitglieder mit 8,50 (8,77), bezw. bei Berücksichtigung der Entbindungsfälle mit 11,09 (11,33). Die Zahl der auf ein Mitglied überhaupt entfallenden Krankentage, welche den Maßstab für die Morbilität des Berichtsjahres bildet, stellt sich — die Unterstützungstage der Entbindungsfälle mitgerechnet — auf 9,09 (9,17). Hiernach waren die Morbilitätsverhältnisse im Berichtsjahre etwas günstiger als im Vorjahre (1899), welches übrigens die höchste der bisher beobachteten Morbilitätsziffern aufwies. Sterbefälle entfielen auf je 100 Mitglieder 0,92 (0,96) [Sterblichkeitsprozent]. — Die gesamten Jahreseinnahmen beliefen sich auf 47159430 K. (45118169 K.), wovon 44161044 K. (42149885 K.) durch die laufenden Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer (erstere mit beiläufig einem Drittel, letztere mit zwei Dritteln) aufgebracht wurden. Diesen Einnahmen standen Ausgaben im Gesamtbetrage von 45556392 K. (44138708 K.), darunter als wichtigster und größter Posten die Versicherungsleistung in Erkrankungs- (Entbindungs-) und Sterbefällen per 40013178 K. (38700918 K.) gegenüber.

Dieselben zerfielen ihrer Art nach in:

Krankengeld	23 792 244	K.	(23 257 807	K.)
Kosten für ärztliche Hilfe	7 103 248	„	(6 751 808	„)
„ „ Medikamente etc.	5 357 230	„	(5 089 395	„)
„ „ Spitalsverpflegung	2 589 754	„	(2 467 993	„)
Beerdigungskosten	1 170 702	„	(1 133 915	„)

Es ergab sich sonach ein Gebarungsüberschuß von 1603038 K. (979461 K.), d. i. in der Höhe von 3,63 Proz. (2,32 Proz.) der laufenden Beiträge (Jahresreservefonds-Dotierung). Mit Schluß des Berichtsjahres bezifferte sich der Gesamtreservefonds der Kassen auf 35445358 K. Die von den Krankenkassen seit dem Beginne der obligatorischen Krankenversicherung (1. August 1889) bis Ende 1900 aufgewendeten Beträge für Leistungen an ihre Mitglieder erreichten die Höhe von 328,08 Millionen K. An Verwaltungskosten wurden im Berichtsjahre insgesamt 3576526 K. (3384889 K.), d. i. 8,10 (8,03 Proz.) der Kassenbeiträge, verausgabt.

Die Kosten eines Krankheitstages stellten sich auf 1,71 K. (1,68), wovon 1,05 K. (1,04) auf Krankengeld, 0,31 K. (0,30) auf ärztliche Hilfe, 0,24 K. (0,23) auf Medikamente und 0,11 K. (0,11) auf Spitalskosten entfallen.

Die Zahl der infolge Artikel I, Absatz 2 des Gesetzes vom 4. April 1899 errichteten Lehrlingskassen betrug 387 (361), bei denen 64815 (61363) Lehrlinge versichert waren. Erkrankungsfälle wurden 14786 (14049), Krankenverpflegungstage 211565 (199223) und Todesfälle 157 (127) gezählt. Die Zahl der auf einen Lehrling durchschnittlich entfallenden Krankentage (Morbilitätsziffer) stellte sich hiernach auf 3,26 (3,25) gegen 9,09 der übrigen Kassen zusammen.

Einschließlich der Lehrlingskrankenkassen ergibt sich mithin eine Gesamtzahl von **3326** (3310) Krankenkassen mit durchschnittlich **2561098** (2503696) versicherten Personen für das Jahr 1900. (Cf. Mediz. Reform, 1902, No. 26.)

B. Gesetzliches.

Gesetz vom 30. März 1888, R.G.Bl. No. 33, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter.

Mit Zustimmung der beiden Häuser des Reichsrates finde Ich anzuordnen, wie folgt:

I. Allgemeine Bestimmungen.

§ 1. Alle in Gemäßheit des Gesetzes betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter gegen die Folgen der beim Betriebe sich ereignenden Unfälle versicherten Arbeiter und Betriebsbeamten werden nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes für den Krankheitsfall versichert.

Dasselbe gilt auch von allen Arbeitern und Betriebsbeamten, welche in Bergwerken auf vorbehaltene Mineralien und den dazu gehörigen Anlagen oder in einer unter die Gewerbeordnung fallenden oder einer sonstigen gewerbsmäßig betriebenen Unternehmung, ferner beim Eisenbahn- und Binnenschiffahrtsbetriebe beschäftigt sind. Diese Bestimmung findet keine Anwendung auf solche Personen, welche in einem den Seegesetzen unterliegenden Schiffahrtsbetriebe auf dem Meere oder bei der Seefischerei beschäftigt sind.

Als Arbeiter, beziehungsweise als Betriebsbeamte im Sinne dieses Gesetzes sind auch Lehrlinge, Volontäre, Praktikanten und andere Personen anzusehen, welche wegen noch nicht beendeter Ausbildung keinen oder einen niedrigeren Arbeitsverdienst beziehen.

§ 2. Die im § 1 ausgesprochene Versicherungspflicht erstreckt sich nicht auf Bedienstete, welche in einem Betriebe des Staates, eines Landes, eines Bezirkes, einer Gemeinde oder eines öffentlichen Fonds mit festem Gehalte angestellt sind.

§ 3. Die Krankenversicherung der land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter und Betriebsbeamten wird durch besondere Landesgesetze geregelt werden. Solange diese Regelung nicht erfolgt ist, tritt auch die im § 1 für die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter und Betriebsbeamten festgesetzte Krankenversicherungspflicht nicht ein, und hat der Unternehmer für die Verpflegung und ärztliche Behandlung jedes Arbeiters und Betriebsbeamten, welcher in seinem in die Unfallversicherung einbezogenen Be-

triebe verletzt wurde, unverzüglich Sorge zu tragen. Für die Kosten bis zum Ablaufe von 4 Wochen nach dem Eintritte des Unfalles hat der Betriebsunternehmer aus eigenen Mitteln aufzukommen.

Die Unternehmer von land- und forstwirtschaftlichen Betrieben sind jedoch berechtigt, mit ihren Arbeitern, beziehungsweise Betriebsbeamten unter Zustimmung derselben der Krankenversicherung in der in diesem Gesetze vorgesehenen Weise beizutreten. Soweit ein solcher Beitritt erfolgt, sind die bezeichneten Unternehmer von der im ersten Absatze ihnen auferlegten Verpflichtung befreit.

Auch solche Unternehmer, in deren Auftrag und für deren Rechnung selbständige Arbeiter in eigenen Betriebsstätten persönlich oder unter Mitwirkung der Angehörigen des eigenen Hausstandes, jedoch ohne anderweitige Hilfsarbeiter mit der Herstellung oder Bearbeitung industrieller Erzeugnisse beschäftigt sind (Hausindustrie), sind berechtigt, mit diesen Arbeitern unter Zustimmung derselben der Krankenversicherung in der in diesem Gesetze vorgesehenen Weise beizutreten.

§ 4. Die politischen Behörden erster Instanz sind berechtigt, Personen, welche im Krankheitsfalle mindestens für 20 Wochen auf Verpflegung und ärztliche Behandlung in der Familie des Arbeitgebers oder auf Fortzahlung des Gehaltes oder Lohnes Anspruch haben, mit ihrer Zustimmung nach Untersuchung der Sachlage von der Versicherungspflicht zu befreien.

Von dieser Pflicht können durch die politischen Behörden erster Instanz auch die bei den Mitgliedern einer Gewerbsgenossenschaft in Verwendung stehenden Lehrlinge befreit werden, soferne diese Genossenschaft im Sinne des § 114, Absatz 2, Lit. f der Gewerbeordnung die Fürsorge für erkrankte Lehrlinge in der Weise übernimmt, daß dieselben im Krankheitsfalle mindestens für 20 Wochen auf Verpflegung und ärztliche Behandlung Anspruch haben.

§ 5. Als Gehalt oder Lohn im Sinne dieses Gesetzes gelten auch Tantièmen und Naturalbezüge. Der Wert der letzteren ist nach den örtlichen Durchschnittspreisen in Ansatz zu bringen.

§ 6. Den Gegenstand der im § 1 bezeichneten Versicherung bildet die Gewährung von Krankenunterstützungen und Beerdigungskosten in der durch dieses Gesetz bestimmten Art und Höhe.

Als Krankenunterstützung ist mindestens zu gewähren:

1) vom Beginne der Krankheit an freie ärztliche Behandlung mit Inbegriff des geburtshilflichen Beistandes, sowie die notwendigen Heilmittel und sonstigen therapeutischen Behelfe;

2) im Falle die Krankheit mehr als 3 Tage dauert und der Kranke erwerbsunfähig ist, vom Tage der Erkrankung an für jeden Tag ein Krankengeld in der Höhe von 60 Proz. des im Gerichtsbezirke üblichen Tagelohns gewöhnlicher, der Versicherungsungspflicht unterliegender Arbeiter.

Die Krankenunterstützung ist, so lange die Krankheit dauert, und, wenn sie nicht früher endet, durch mindestens 20 Wochen von Beginn der Krankheit, und zwar wöchentlich im nachhinein zu gewähren.

Wöchnerinnen ist bei normalem Verlaufe des Wochenbettes die Krankenunterstützung auf die Dauer von mindestens 4 Wochen nach ihrer Niederkunft zu gewähren.

Für den Todesfall eines Versicherten sind den Hinterbliebenen die Beerdigungskosten wenigstens im 20-fachen Betrage des in Ziffer 2 bezeichneten Tagelohnes zu gewähren.

§ 7. Die Höhe des in jedem Gerichtsbezirke üblichen Tagelohnes gewöhnlicher, der Versicherungspflicht unterliegender Arbeiter wird von der politischen Behörde erster Instanz nach Anhörung von Vertrauensmännern und in denjenigen Ländern, in welchen Bezirksvertretungen bestehen, auch nach Einvernehmung des betreffenden Bezirksausschusses periodisch festgesetzt. Ergeben sich hierbei sehr erhebliche Verschiedenheiten, so kann der übliche Tagelohn in mehreren Kategorien festgesetzt werden.

Die Festsetzung findet für männliche und weibliche, für jugendliche und erwachsene Arbeiter besonders statt. Für Lehrlinge, Volontäre, Praktikanten und andere Personen, welche wegen noch nicht beendeter Ausbildung keinen oder einen niedrigeren Arbeitsverdienst beziehen, gilt die für jugendliche Arbeiter getroffene Feststellung.

§ 8. An Stelle der freien ärztlichen Behandlung, der notwendigen Heilmittel und des Krankengeldes kann freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause nach der letzten Klasse auf Kosten der Krankenkasse gewährt werden, und zwar:

1) für diejenigen, welche mit ihrem Ehegatten oder mit anderen Gliedern ihrer Familie im gemeinsamen Haushalte leben, bez. anderweitige häusliche Pflege genießen, mit Zustimmung des Erkrankten, oder unabhängig von derselben in dem Falle, wenn die Art der Krankheit es erfordert;

2) für sonstige Erkrankte unbedingt.

Nebst freier Kur und Verpflegung in einem Krankenhause ist auch die kostenfreie Beförderung in dasselbe zu gewähren.

Wird ein versicherter Erkrankter in einer öffentlichen Krankenanstalt verpflegt, so ist die Krankenkasse, soweit dieselbe in Gemäßheit der vorstehenden Bestimmungen nicht weitergehende Verpflichtungen freiwillig übernommen hat, verpflichtet, die für Kur und Verpflegung nach der letzten Klasse entfallenden Kosten bis zur Dauer von 4 Wochen der Krankenanstalt zu ersetzen.

Hat der im Krankenhause untergebrachte Angehörige, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, so ist für jene Zeit, während welcher die Kur und Verpflegung im Krankenhause auf Kosten der Krankenkasse erfolgt, von dieser letzteren mindestens die Hälfte des Krankengeldes zu leisten.

§ 9. Eine Erhöhung und Erweiterung der Leistungen über das in den §§ 6—8 bezeichnete Mindestausmaß ist durch Statut zulässig; jedoch kann die Krankenversicherung nicht mit Invaliden-, Witwen- und Waisenversicherung verbunden werden und sind die Krankenkassen nachstehenden Beschränkungen unterworfen:

1) Wird bei Berechnung des Krankengeldes anstatt des im Gerichtsbezirke üblichen Tagelohnes gewöhnlicher, der Versicherungspflicht unterliegender Arbeiter (§ 7) ein anderer Lohnbetrag zu Grunde gelegt, so darf derselbe nicht geringer sein als der bezeichnete Tagelohn und darf anderseits den Betrag von 2 fl. für den Arbeitstag nicht übersteigen. Ein diesen Betrag übersteigender Arbeitsverdienst hat außer Berechnung zu bleiben.

2) Das Krankengeld kann nicht höher als mit 75 Proz. des bei der Berechnung desselben zu Grunde gelegten Lohnbetrages festgesetzt werden.

3) Die Dauer der Krankenunterstützung kann höchstens auf ein Jahr bestimmt werden.

4) Die Beerdigungskosten können höchstens mit dem Betrage von 50 fl. festgesetzt werden.

§ 10. Die nach § 9 erhöhten und erweiterten Kassenleistungen können durch Statut ermäßigt, bezw. wieder auf das in den §§ 6—8 festgesetzte Mindestausmaß herabgesetzt werden. Derartige Statutenänderungen finden jedoch auf solche Versicherte, welchen zur Zeit der behördlichen Genehmigung der Abänderung ein Unterstützungsanspruch wegen vorher eingetretener Krankheit zusteht, für die Dauer dieser Krankheit keine Anwendung.

§ 11. Die im § 1 vorgeschriebene Versicherung erfolgt durch nachstehende Kategorien von Krankenkassen:

1) durch Bezirkskrankenkassen,
2) durch Betriebskrankenkassen,
3) durch Baukrankenkassen,
4) durch Genossenschaftskrankenkassen,
5) durch Bruderladen (Knappschaftskassen)
6) durch in Gemäßheit der geltenden Vereinsgesetzgebung errichtete Krankenkassen (Vereinskrankenkassen).

II. Bezirkskrankenkassen.

§ 12. Die zum Zwecke der Krankenversicherung neu zu errichtenden Bezirkskrankenkassen beruhen auf dem Grundsatze der Gegenseitigkeit.

In der Regel soll für jeden Gerichtsbezirk eine solche Krankenkasse am Sitze des Bezirksgerichtes errichtet werden. Die politische Landesbehörde ist jedoch berechtigt, mit Rücksicht auf die besonderen Verhältnisse einzelner Bezirke den Sprengel dieser Kassen in anderer Weise festzustellen und namentlich anzuordnen, daß für mehrere Gerichtsbezirke eines und desselben Landes nur eine Krankenkasse, oder daß für einen Gerichtsbezirk mehrere Krankenkassen errichtet werden. In gleicher Weise ist die politische Landesbehörde berechtigt, im einzelnen Falle den Sitz der Krankenkassen zu bestimmen.

Den politischen Landesbehörden ist ferner das Recht vorbehalten, innerhalb der Grenzen eines und desselben Landes die Sprengel der Bezirkskrankenkassen zu ändern, mehrere solche Kassen zu einer einzigen zu vereinigen oder die Teilung einer solchen Kasse anzuordnen. Vor jeder solchen Verfügung sind die beteiligten Kassen einzuvernehmen.

Die besoldeten Beamten der Bezirkskrankenkassen sind in Eid und Pflicht zu nehmen.

§ 13. In Bezug auf die Mitglieder der Bezirkskrankenkassen haben nachfolgende Bestimmungen zu gelten:

1) Mitglieder einer Bezirkskrankenkasse sind zunächst die im Sprengel derselben beschäftigten, versicherungspflichtigen Personen, welche nicht bei einer der übrigen

im § 11 bezeichneten Kassen in der in diesem Gesetze vorgeschriebenen Art und Höhe gegen Krankheit versichert sind (§ 61).

Die Mitgliedschaft dieser Personen beginnt mit dem Tage, an welchem sie in die betreffende Beschäftigung eintreten.

Ihr Austritt aus der Bezirkskrankenkasse kann, solange ihre, die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung im Sprengel dieser Kasse andauert, nur erfolgen, wenn sie nachweisen, daß sie bei einer anderen der im § 11 bezeichneten Kassen nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes gegen Krankheit versichert sind.

2) Versicherungspflichtige Kassenmitglieder, welche aus der die Mitgliedschaft begründenden Beschäftigung ausscheiden und nicht zu einer Beschäftigung übergehen, vermöge deren sie Mitglieder einer anderen Bezirkskrankenkasse oder einer der sonstigen im § 11 bezeichneten Kassen werden, bleiben so lange Mitglieder, als sie sich in den im Reichsrate vertretenen Königreichen und Ländern aufhalten und die vollen statutenmäßigen Beiträge (§ 34 Absatz 3) bezahlen. Die Mitgliedschaft dieser Personen und mit derselben das Recht auf die Kassenleistungen erlischt, wenn die Beiträge durch 4 aufeinanderfolgende Wochen nicht geleistet werden.

3) Kassenmitglieder der vorstehend bezeichneten Arten, welche die Beiträge infolge eingetretener Erwerbslosigkeit nicht einzahlen können, behalten die Mitgliedschaft und mit derselben das Recht auf die Kassenleistungen durch mindestens 6 Wochen.

4) Personen, welche der Versicherungspflicht nicht unterliegen, sind, wenn sie das 35. Lebensjahr nicht überschritten haben, berechtigt, der Bezirkskrankenkasse beizutreten.

Die Mitgliedschaft dieser Personen beginnt mit dem Tage der Anmeldung; jedoch kann rücksichtlich der nach § 3 Absatz 2 und 3 versicherten Personen die Anmeldung erst auf Grund der nach § 37 Absatz 1 mit der Bezirkskrankenkasse getroffenen Vereinbarung erfolgen.

Der Austritt steht nicht versicherungspflichtigen Personen jederzeit frei. Sie sind als ausgetreten zu erachten, wenn sie die Versicherungsbeiträge (§ 34 Absatz 3) durch 4 aufeinanderfolgende Wochen nicht geleistet haben.

5) Von versicherungspflichtigen Personen darf beim Eintritt in die Kasse ein Eintrittsgeld nicht verlangt werden. Für Mitglieder, welche der Versicherungspflicht nicht unterliegen, ist durch das Statut ein Eintrittsgeld festzusetzen, welches mindestens den Betrag des vollen, für 6 Wochen zu leistenden Kassenbeitrages erreichen muß. Die Eintrittsgelder fließen in den Reservefond der Kasse.

§ 14. Für jede neu zu bildende Bezirkskrankenkasse ist nach dem Vorbilde eines im Verordnungswege zu veröffentlichenden Musterstatutes von der politischen Bezirksbehörde, in deren Sprengel die Kasse errichtet wird, nach Vernehmung von Vertrauensmännern der Arbeitgeber und der versicherungspflichtigen Personen ein besonderes Statut zu errichten, welches, sowie alle späteren Abänderungen desselben, zur Gültigkeit der Genehmigung durch die politische Landesbehörde bedarf.

Sollen bei der Neubildung einer Bezirkskrankenkasse in das Statut Leistungen aufgenommen werden, welche das in den §§ 6—8 bezeichnete Mindestausmaß übersteigen, so sind außerdem der Gewerbeinspektor und die Handels- und Gewerbekammer gutächtlich einzuvernehmen.

Das Statut muß insbesondere Bestimmungen enthalten:

1) über die Art und den Umfang der Unterstützungen;

2) über die Höhe der Beiträge;

3) über die Bildung des Reservefonds;

4) über die Bildung des Vorstandes und den Umfang seiner Befugnisse sowie die Dauer seiner Amtsperiode:

5) über die Bildung eines Ueberwachungsausschusses, über dessen Wirkungskreis und die Dauer seiner Amtsperiode;

6) über die Zusammensetzung und Berufung der Generalversammlung, über die Art ihrer Beschlußfassung und die ihr vorbehaltenen Angelegenheiten;

7) über die Zusammensetzung und Berufung des Schiedgerichtes und über dessen Wirkungskreis;

8) über die An- und Abmeldung der Krankheisfälle, sowie über die Ausübung der Krankenkontrolle;

9) über die Bedingungen einer Abänderung des Statutes;

10) über die Aufstellung und Prüfung der Jahresrechnung.

§ 15. Die Bezirkskrankenkasse kann unter ihrem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen, vor Gericht klagen und geklagt werden.

Für alle Verbindlichkeiten der Kasse haftet den Kassegläubigern nur das Vermögen der Kasse.

Ihr ordentlicher Gerichtsstand ist jenes Gericht, in dessen Bezirk sie ihren Sitz hat.

§ 16. Der Vorstand der Bezirkskrankenkasse wird von der Generalversammlung, unbeschadet der Bestimmungen des § 18, aus den Kassenmitgliedern gewählt. Demselben steht die gesamte Geschäftsführung und Vertretung mit Ausnahme jener Angelegenheiten zu, die durch das Statut ausdrücklich der Beschlußfassung der Generalversammlung vorbehalten sind. Insbesondere liegt ihm die entsprechende Durchführung einer wirksamen Krankenkontrolle ob.

Die Wahl findet unter Leitung des bisherigen Vorstandes statt. Nur die erste Wahl nach Errichtung der Kasse sowie spätere Wahlen, bei welchen ein Vorstand nicht anwesend ist, werden von einem Vertreter der Aufsichtsbehörde geleitet.

§ 17. Die Generalversammlung besteht nach der Bestimmung des Statuts, unbeschadet der Vorschrift des § 18, entweder aus den eigenberechtigten Kassenmitgliedern oder aus Delegierten, welche von den Mitgliedern aus ihrer Mitte gewählt werden.

Die Generalversammlung muß aus Delegierten bestehen, wenn die Kasse mehr als 300 Mitglieder zählt.

Ueber die Anzahl und Wahl der Delegierten sowie die Dauer ihrer Amtsperiode hat das Statut die erforderlichen Bestimmungen zu enthalten.

Der Generalversammlung ist nebst der im § 16 bezeichneten Wahl des Vorstandes jedenfalls vorzubehalten:

1) die Wahl des Ueberwachungsausschusses;

2) die Beschlußfassung über den Jahresbericht des Vorstandes und über die Entlastung des letzteren;

3) die Verfolgung von Ansprüchen, welche der Kasse gegen Mitglieder des Vorstandes oder des Ueberwachungsausschusses aus deren Amtsführung erwachsen, und die Wahl der zur Verfolgung dieser Ansprüche Beauftragten;

4) die Beschlußfassung über die Abänderung des Statuts.

§ 18. Die Arbeitgeber, welche versicherungspflichtige Mitglieder einer Bezirkskrankenkasse beschäftigen oder welche einer Bezirkskrankenkasse nach § 3 Absatz 2 oder 3 beigetreten sind, haben eine angemessene Vertretung im Vorstande, im Ueberwachungsausschusse und in der Generalversammlung der Kasse.

Die Vertretung ist durch Statut nach dem Verhältnis der von solchen Arbeitgebern aus eigenen Mitteln zu zahlenden Beiträge zu dem Gesamtbetrage der Beiträge zu bemessen. Mehr als ein Drittel der Stimmen darf den Arbeitgebern weder in der Generalversammlung, noch im Vorstande, noch im Ueberwachungsausschusse eingeräumt werden.

Durch das Statut ist auch festzusetzen, in welcher Weise die Vertretung der Arbeitgeber in der Generalversammlung zu bilden ist. Denselben bleibt in jedem Falle vorbehalten, sich durch ihre Betriebsbeamten vertreten zu lassen.

Die Wahlen der Generalversammlung zum Vorstande und zum Ueberwachungsausschusse werden getrennt von den Kassenmitgliedern und den Arbeitgebern vorgenommen.

§. 19. Die Bezirkskrankenkassen unterliegen der staatlichen Aufsicht nach Maßgabe der für andere Versicherungsvereine geltenden und der besonderen, in diesem Gesetze enthaltenen Bestimmungen.

Zur Uebung der staatlichen Aufsicht sind zunächst die politischen Behörden erster Instanz als Aufsichtsbehörden berufen.

Die Aufsichtsbehörde überwacht die Befolgung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften und kann dieselbe durch Androhung, Verhängung und Vollstreckung von Geldstrafen bis zu 100 fl. und im Nichteinbringungsfalle mit Arreststrafen bis zu 14 Tagen gegen die Mitglieder des Vorstandes erzwingen.

Sie ist zum Zwecke der Ueberwachung befugt, von allen Büchern, Rechnungen, Korrespondenzen und sonstigen Papieren der Bezirkskrankenkasse Einsicht zu nehmen, die Kasse zu revidieren und zu allen Versammlungen und Sitzungen der Kassenorgane einen Vertreter abzuordnen.

In höherer Instanz sind zur Uebung der staatlichen Aufsicht über die Bezirkskrankenkassen die politischen Landesbehörden und das Ministerium des Innern berufen.

§ 20. Die Aufsichtsbehörde kann die Berufung der Kassenorgane zu Versammlungen und Sitzungen begehren und, falls diesem Verlangen nicht entsprochen wird, diese Versammlungen und Sitzungen selbst anberaumen. In den auf ihren Anlaß anberaumten Versammlungen und Sitzungen kann sie nötigenfalls durch einen Vertreter die Leitung übernehmen.

So lange der Vorstand nicht bestellt ist oder die Generalversammlung nicht zustande kommt, oder wenn die Organe der Kasse die Erfüllung ihrer gesetzlichen oder statutenmäßigen Obliegenheiten verweigern, kann die Aufsichtsbehörde die Befugnisse und Obliegenheiten der Kassenorgane selbst oder durch von ihr zu bestellende Vertreter auf Kosten der Kasse ausüben.

Sie kann auch, wenn die Wahl des Vorstandes von der Generalversammlung oder die Wahl der Delegierten zur Generalversammlung durch die Wahlberechtigten verweigert wird, die Mitglieder des Vorstandes, bez. die Delegierten selbst ernennen.

§ 21. Die politische Landesbehörde ist befugt, über die Art und Form der Rechnungsführung der Kassen Vorschriften zu erlassen.

Der Rechnungsabschluß jeder Kasse und das Ergebnis der Prüfung desselben ist alljährlich der Aufsichtsbehörde vorzulegen.

§ 22. Das Recht der Unterstützung beginnt für versicherungspflichtige Kassenmitglieder mit dem Zeitpunkte, in welchem sie Mitglieder der Kasse geworden sind (§ 13 Ziffer 1 Absatz 2).

Für Mitglieder, welche der Versicherungspflicht nicht unterliegen und freiwillig der Kasse beigetreten sind, beginnt das Recht der Unterstützung erst nach Ablauf einer im Statut festzusetzenden, von ihrer Anmeldung (§ 13 Ziffer 4 Absatz 2) an zu berechnenden Frist, welche mindestens 4 und höchstens 8 Wochen betragen muß. Für eine bereits zur Zeit der Anmeldung eingetretene Erkrankung steht solchen Mitgliedern in keinem Falle ein Anspruch auf Unterstützung zu.

§ 23. Die Ansprüche der im § 13 Ziffer 3 bezeichneten Mitglieder beschränken sich in jedem Falle auf die in den §§ 6—8 festgesetzten gesetzlichen Mindestleistungen der Krankenversicherungskassen.

§ 24. Durch das Statut kann bestimmt werden:

1) daß für Mitglieder der im § 13 Ziffer 2 bezeichneten Art, welche sich nicht im Sprengel der Kasse aufhalten, an Stelle der im § 6 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen eine Erhöhung des Krankengeldes um die Hälfte seines Betrages tritt;

2) daß Mitgliedern, welche sich die Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln oder durch Trunksucht zugezogen haben, das statutenmäßige Krankengeld gar nicht oder nur teilweise zu gewähren ist.

§ 25. Die nach versicherungstechnischen Grundsätzen erforderlichen Mittel zur Bestreitung der von den Bezirkskrankenkassen nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Statuts zu gewährenden Leistungen und der Verwaltungskosten sowie zur Dotierung der Reserve werden durch Beiträge aufgebracht, welche in Prozenten des bei Berechnung des Krankengeldes zu Grunde gelegten Lohnbetrages zu bemessen sind (§ 9 Ziffer 1).

Zu anderen als den bezeichneten Zwecken dürfen weder Beiträge erhoben werden, noch Verwendungen aus dem Vermögen der Kasse erfolgen.

§ 26. Zur Deckung des gesetzlichen Mindesterfordernisses der Krankenversicherung dürfen die Beiträge, sofern sie den versicherungspflichtigen Mitgliedern zur Last fallen (§ 34, Absatz 1), nicht über d r e i Prozent des bei Berechnung des Krankengeldes zu Grunde gelegten Lohnbetrages (§ 9, Ziffer 1) festgesetzt werden. Eine Erhöhung dieser Beiträge zu obigem Zwecke ist nur dann zulässig, wenn dieselbe in der Generalversammlung, sowohl von den Vertretern der zu Beiträgen verpflichteten Arbeitgeber, als von denjenigen der Kassenmitglieder nach gesonderter Beratung und in gesonderter Abstimmung, und zwar bei jeder Abstimmung mit einer Majorität von drei Vierteilen der Anwesenden beschlossen wird.

Sollen im Statute Leistungen festgesetzt werden, welche über das gesetzliche Mindestausmaß hinausgehen, so dürfen die obbezeichneten Beiträge bei der Errichtung der Kasse nicht über 2 Prozent des bei Berechnung des Krankengeldes zu Grunde gelegten Lohnbetrages festgesetzt werden. Eine spätere Erhöhung dieser Beiträge ist nur bis zur Höhe von 3 Prozent dieses Lohnbetrages, und nur dann zulässig, wenn dieselbe in der Generalversammlung sowohl von den Vertretern der zu den Beiträgen verpflichteten Arbeitgeber, als von denjenigen der Kassenmitglieder nach gesonderter Beratung und in gesonderter Abstimmung, und zwar bei jeder Abstimmung mit absoluter Majorität der Anwesenden beschlossen wird.

§ 27. Bei jeder Bezirkskrankenkasse sind zur Bildung der Reserve jährlich mindestens zwei Zehntel des Jahresbetrages der Kassenbeiträge zu verwenden. Von diesem Betrage ist ein nach § 39 zu bestimmender Teil dem Reservefonde des Kassenverbandes zuzuführen; der Rest dient zur Bildung des Reservefonds der Kasse, welcher mindestens im Betrage der zweifachen durchschnittlichen Jahresausgabe anzusammeln und erforderlichen Falls wieder bis zu dieser Höhe zu ergänzen ist.

Für die Anlage der Reservefonde sind die Bestimmungen über die Anlage von Pupillarvermögen maßgebend.

§ 28. [Dieser § ist infolge Art. II des Ges. v. 4. April 1889, R.G.Bl. No. 39 (vergl. dieses Gesetz unter IIa), außer Wirksamkeit getreten.]

§ 29. Die politische Landesbehörde hat vor Genehmigung des Kassenstatutes, nötigenfalls unter Beiziehung von Sachverständigen zu prüfen, ob die in Statute festgesetzten Beiträge zur Bestreitung der statutengemäßen Leistungen, der Ver-

waltungskosten und zur Dotierung der Reserve ausreichen. Falls sich aus dieser Prüfung die Unzulänglichkeit der Beiträge ergibt, so ist die Erteilung der Genehmigung von einer Erhöhung der Beiträge (§ 26) oder von einer Minderung der Unterstützungen bis auf den gesetzlichen Mindestbetrag (§§ 6—8) abhängig zu machen.

§ 30. Ergibt sich aus den Jahresabschlüssen der Kasse, daß die Einnahmen derselben zur Deckung ihrer Verpflichtungen einschließlich der zur statutengemäßen Dotierung der Reserve erforderlichen Beträge nicht ausreichen, so ist, sofern nicht durch eine entsprechende Aenderung in der Verwaltung oder Kontrolle eine Besserung der Verhältnisse in sicherer Aussicht steht, entweder unter Berücksichtigung der Vorschriften des § 26 eine Erhöhung der Beiträge oder eine Herabminderung der Kassenleistungen in den Grenzen der gesetzlichen Mindestleistungen (§§ 6—8) zu beschließen.

Ergibt sich dagegen aus den Jahresabschlüssen, daß die Jahreseinnahmen den zur Deckung der Kasseverpflichtungen erforderlichen Betrag übersteigen, so ist, nachdem der Reservefonds die statutenmäßige Maximalhöhe erreicht hat, entweder eine entsprechende Ermäßigung der Beiträge oder unter Berücksichtigung der Vorschriften des § 9 eine Erhöhung der Kassenleistungen in der im § 26, Absatz 2, bezeichneten Art zu beschließen.

Werden die den Bestimmungen der vorstehenden Absätze entsprechenden Beschlüsse nicht gefaßt, so hat die politische Landesbehörde zu der bezüglichen Beschlußfassung aufzufordern. Falls dieser Aufforderung keine Folge geleistet wird, hat die genannte Behörde die erforderliche Abänderung des Kassenstatuts von Amts wegen mit rechtsverbindlicher Wirkung vorzunehmen.

§ 31. Die Arbeitgeber sind verpflichtet, die von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Personen, sofern ihre Beschäftigung die Mitgliedschaft zu der Bezirkskrankenkasse begründet, bei einer von der politischen Landesbehörde zu bestimmenden Stelle anzumelden. Die erste, bei der Errichtung der Kasse zu erstattende Anzeige hat binnen einer von der politischen Landesbehörde festzusetzenden Frist zu geschehen. Nach Ablauf dieser Frist sind die Arbeitgeber verpflichtet, jede in Beschäftigung tretende versicherungspflichtige Person spätestens am dritten Tage nach Beginn der Beschäftigung anzumelden und jede aus der Beschäftigung tretende Person spätestens am dritten Tage nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses wieder abzumelden.

§ 32. Arbeitgeber, welche ihrer Anmeldepflicht nicht genügen, sind, unbeschadet der im § 67 bezeichneten Straffälligkeit, verpflichtet, der Kasse den gesamten Aufwand zu erstatten, welchen dieselbe auf Grund gesetzlicher oder statutarischer Vorschrift zur Unterstützung einer gar nicht oder erst nach der Erkrankung angemeldeten Person gemacht hat.

§ 33. Die Arbeitgeber sind verpflichtet, die vollen Beiträge, welche nach gesetzlicher oder statutarischer Vorschrift für die von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Personen an die Kasse zu entrichten sind, zu den durch das Statut festgesetzten Zahlungsterminen einzuzahlen. Die Beiträge sind so lange fortzuzahlen, bis die vorschriftsmäßige Abmeldung (§ 31) erfolgt ist, und von der Kasse an den Arbeitgeber für den betreffenden Zeitteil zurückzuerstatten, wenn die abgemeldete Person innerhalb der Zahlungsperiode aus der Beschäftigung bei dem bisherigen Arbeitgeber ausscheidet.

§ 34. Von den statutenmäßigen Beiträgen (§ 25), welche für die im § 13 Ziffer 1, genannten versicherungspflichtigen Mitglieder entfallen, sind zwei Drittel von dem Mitgliede und ein Drittel von dem Arbeitgeber, bei welchem das versicherungspflichtige Mitglied beschäftigt ist, aus eignen Mitteln zu leisten. Für jene versicherungspflichtigen Mitglieder, welche einen Arbeitsverdienst in Geld nicht beziehen, ist der Beitrag in seiner Gänze von dem Arbeitgeber aus eigenen Mitteln zu leisten.

Das Verhältnis der Beitragsleistung der versicherungspflichtigen Mitglieder zu jener der Arbeitgeber kann zu Gunsten der ersteren geändert werden, wenn dies in der Generalversammlung vorerst von der Vertretung der Arbeitgeber und hierauf von derjenigen der Kassenmitglieder nach gesonderter Beratung und in gesonderter Abstimmung, und zwar bei jeder Abstimmung mit absoluter Majorität der Anwesenden beschlossen wird.

Mitglieder, welche nicht versicherungspflichtig und auch nicht nach § 3, Absatz 2 u. 3 versichert sind, sowie die im § 13, Ziffer 2, bezeichneten Mitglieder, ferner jene Betriebsbeamten, deren Jahresarbeitsverdienst 1200 fl. übersteigt, und die Volontäre haben die vollen statutengemäßen Beiträge aus eigenen Mitteln zu bestreiten und unmittelbar bei den Kassen zu entrichten.

§ 35. Solchen Mitgliedern, welche die Kasse durch Simulation geschädigt haben, kann außer den in Gemäßheit des Statuts von ihnen zu leistenden Beiträgen und bis zu der Höhe derselben eine weitere Beitragsleistung aus eigenen Mitteln für eine bestimmte Zeit strafweise auferlegt werden.

Die Entscheidung hierüber steht dem Vorstande der Krankenkasse zu. Gegen den eine solche Beitragsleistung auferlegenden Ausspruch kann innerhalb einer im Statute festzusetzenden Frist die Beschwerde an das Schiedsgericht ergriffen werden. Die Strafbeträge sind von den betreffenden Mitgliedern unmittelbar bei der Kasse zu entrichten und fließen in den Reservefond derselben.

Durch die vorstehenden Bestimmungen wird die Zulässigkeit der strafgerichtlichen Verfolgung eines Mitgliedes wegen des im ersten Absatze bezeichneten Verhaltens nicht berührt.

§ 36. Die Arbeitgeber sind berechtigt, den von ihnen beschäftigten Personen die für dieselben nach § 33 eingezahlten Beiträge, soweit sie diese Beiträge nicht nach § 34 aus eigenen Mitteln zu leisten haben, bei jeder regelmäßigen Lohn- oder Gehaltszahlung mit dem Betrage in Abzug zu bringen, welcher auf diese Lohn- oder Gehaltszahlungsperiode anteilweise entfällt.

Macht der Arbeitgeber von dem ihm zustehenden Abzugsrechte bei einer Lohn- oder Gehaltszahlung keinen Gebrauch, so kann er bei späteren Lohn- oder Gehaltszahlungen dieses Recht bezüglich der seinerzeit nicht zurückgehaltenen Quote nur insofern ausüben, als seit der betreffenden Lohn- oder Gehaltszahlung nicht mehr als ein Monat verflossen ist.

§ 37. Inwieweit die Vorschrift des § 13, Ziffer 4, wonach Personen, welche der Versicherungspflicht nicht unterliegen, nur dann berechtigt sind, der Bezirkskrankenkasse beizutreten, wenn sie das 35. Lebensjahr nicht überschritten haben, ferner die Vorschrift des § 13, Ziffer 5 über das von nicht versicherungspflichtigen Mitgliedern zu entrichtende Eintrittsgeld, sowie die Vorschriften der §§ 22, Absatz 2, 31, 32, 33, 34, Absatz 1, und 36 auch auf die nach § 3, Absatz 2 und 3, der Bezirkskrankenkasse beigetretenen Personen Anwendung zu finden, oder welche anderweitigen Bestimmungen an die Stelle die Stelle dieser Vorschriften zu treten haben, ist in den in § 3, Absatz 2 und 3, bezeichneten Fällen durch besondere mit der Bezirkskrankenkasse unter Mitwirkung der Aufsichtsbehörde zu treffende Vereinbarungen zu regeln.

Inwieweit die Vorschriften der §§ 31—34 und des § 36 auf die Arbeitgeber derjenigen Personen Anwendung finden, deren Beschäftigung ihrer Natur nach nur eine vorübergehende oder durch den Arbeitsvertrag im voraus auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkte ist, wird im Statut der Bezirkskrankenkasse geregelt.

§ 38. Rückständige Versicherungsbeiträge werden im Verwaltungswege eingetrieben.

§ 39. Die Bezirkskrankenkassen werden in Verbände vereinigt. Sämtliche Bezirkskrankenkassen, welche in dem Sprengel einer gemäß § 9 des Gesetzes, betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter, zu errichtenden Versicherungsanstalt liegen, bilden einen Verband. Die Verwaltung des Kassenverbandes wird nach Maßgabe eines besonderen Statuts von dem Vorstand der Unfallversicherungsanstalt besorgt. Das Statut, sowie alle Abänderungen desselben unterliegen der Genehmigung seitens der politischen Landesbehörde, in deren Verwaltungsgebiet der Sitz des Verbandsvorstandes gelegen ist. Dieselbe politische Landesbehörde ist auch zur Uebung der staatlichen Aufsicht über den Verband berufen.

Den Kassenverbänden liegt jedenfalls ob:

1) die Bildung und Verwaltung eines Verbandsreservefonds (§ 27);
2) die gemeinsame Kapitalsanlage für die Verbandskassen;
3) die Kontrolle der Verwaltung der einzelnen Verbandskassen nötigenfalls durch Inspektoren;
4) die Besorgung der Statistik.

Außerdem können diese Kassenverbände noch freiwillig andere Zwecke verfolgen, welche sämtlichen oder mehreren Verbandskassen gemeinsam sind, und zwar insbesondere:

1) die Anstellung gemeinsamer Beamter;
2) die Abschließung gemeinsamer Verträge mit Aerzten, Apotheken und Krankenhäusern;
3) die Anlage und den Betrieb gemeinsamer Heilanstalten und Apotheken.

Bei jedem Kassenverbande hat alljährlich eine Delegiertenversammlung stattzufinden. Die Vertretung der einzelnen Verbandskassen in derselben ist nach dem Verhältnisse der Mitgliederzahl in der Weise zu regeln, daß jede Kasse mindestens durch einen Delegierten vertreten ist. Die Delegiertenversammlung entscheidet über die Höhe, Aufbringung und Verwendung des Verbandsreservefonds, sowie über die Bedeckung der Auslagen des Kassenverbandes und die Aufteilung derselben auf die einzelnen Verbandskassen. In ihren Wirkungskreis fällt auch die Beschlußfassung über Angelegenheiten des freiwilligen Wirkungskreises des Kassenverbandes.

Der Verbandsvorstand hat der Delegiertenversammlung über seine Gebarung alljährlich Bericht zu erstatten.

Das Schiedsgericht der Unfallversicherungsanstalten hat auch als Schiedsgericht für die Kassenverbände zu dienen. Dasselbe ist zur Entscheidung über alle von einer Verbandskasse an die andere erhobenen Ansprüche ausschließlich zuständig. Hierbei haben die Bestimmungen des § 38, Absatz 4 und 5, des Gesetzes, betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter, Anwendung zu finden.

Die Ansprüche einer Verbandskasse gegen die andere sind bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf eines Jahres nach Eintritt der Fälligkeit mittels Klage vor dem Schiedsgerichte zu erheben.

§ 40. Die Auflösung einer Bezirkskrankenkasse ist von der politischen Landesbehörde unter Angabe der Gründe zu verfügen:

1) wenn die Zahl der Mitglieder dauernd unter hundert sinkt;
2) wenn sich aus den Jahresabschlüssen der Kasse ergibt, daß auch nach erfolgter Erhöhung der Beiträge der Versicherten auf 3 Prozent des bei Berechnung des Krankengeldes zu Grunde gelegten Lohnbetrages (§ 9, Ziffer 1) die gesetzlichen Mindestleistungen der Kasse nicht gedeckt werden können und nicht eine entsprechende Erhöhung der Beiträge in der im § 26, Absatz 1, vorgesehenen Weise beschlossen wird.

Diese Anordnungen finden keine Anwendung, wenn die Gewährung der gesetzlichen Mindestleistungen durch vorhandenes Vermögen oder durch andere außerordentliche Hilfsquellen gesichert ist.

Die Auflösung einer Bezirkskrankenkasse kann, unbeschadet der Bestimmung des § 12, Absatz 3, von der politischen Landesbehörde auch dann verfügt werden, wenn sie von der Generalversammlung beschlossen wird.

Zugleich mit der Verfügung der Auflösung sind die erforderlichen Anordnungen in betreff des Eintrittes der Kassenmitglieder in andere Krankenkassen zu treffen.

Das Vermögen der aufgelösten Kasse ist zunächst zur Berichtigung der etwa vorhandenen Schulden und zur Deckung der vor der Auflösung bereits entstandenen Unterstützungsansprüche zu verwenden. Der Rest, soweit derselbe das gesetzliche Minimum des Reservefonds nicht übersteigt, wird unter diejenigen Krankenkassen verhältnismäßig verteilt, in welche die der aufgelösten Kasse angehörigen Mitglieder eintreten. Verbleibt hierauf noch ein Vermögensüberschuß, so ist derselbe jenem Kassenverbande (§ 39) zuzuweisen, welchem die aufgelöste Kasse angehört hat.

§ 41. Streitigkeiten, welche zwischen den Arbeitgebern und den von ihnen beschäftigten Personen über die Berechnung und Zurückhaltung der auf die letzteren entfallenden Beitragsanteile (§ 36) entstehen, dann Streitigkeiten, welche zwischen den Arbeitgebern und den Bezirkskrankenkassen über die Verpflichtung zur Leistung von Beiträgen, oder über einen nach § 32 zu leistenden Ersatz entstehen, werden in allen Fällen von der Aufsichtsbehörde entschieden.

Streitigkeiten zwischen den versicherten Personen und den Bezirkskrankenkassen über Unterstützungsansprüche gehören zur ausschließlichen Kompetenz des Schiedsgerichtes der betreffenden Kasse. Rechtsmittel oder Klagen gegen das schiedsgerichtliche Erkenntnis sind nicht zulässig. Zur Vollstreckung des schiedsgerichtlichen Erkenntnisses oder eines vor dem Schiedsgerichte geschlossenen Vergleiches ist das zuständige Gericht des Schuldners berufen.

III. Betriebskrankenkassen.

§ 42. Ein Unternehmer, welcher in einem oder in mehreren benachbarten Betrieben hundert oder mehr versicherungspflichtige Personen beschäftigt, ist berechtigt, eine Betriebskrankenkasse zu errichten.

Die Errichtung einer Betriebskrankenkasse kann einem solchen Unternehmer von der politischen Landesbehörde nur in dem Falle untersagt werden, wenn hierdurch die dauernde Leistungsfähigkeit der Bezirkskrankenkasse gefährdet würde.

Dem Unternehmer eines Betriebes, in welchem weniger als hundert Personen beschäftigt werden, kann die Errichtung einer Betriebskrankenkasse gestattet werden, wenn die dauernde Leistungsfähigkeit der Kasse in einer von der politischen Landesbehörde für ausreichend erkannten Weise sichergestellt ist.

§ 43. Der Unternehmer eines für die von ihm beschäftigten Personen mit besonderer Krankheitsgefahr verbundenen Betriebes kann ohne Rücksicht auf die Zahl der beschäftigten Personen von der politischen Landesbehörde zur Errichtung einer Betriebskrankenkasse verpflichtet werden.

§ 44. Die Bestimmungen der §§ 42 und 43 finden keine Anwendung auf solche Betriebsunternehmer, welche auf Grund des siebenten Hauptstückes der Gewerbeordnung dem Verbande einer gewerblichen Genossenschaft angehören.

§ 45. Unternehmer, welche der ihnen auferlegten Verpflichtung, eine Betriebskrankenkasse zu errichten, innerhalb der von der politischen Landesbehörde zu be-

stimmenden Frist nicht nachkommen, sind verpflichtet, für die Zeit, als die von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Personen infolge dieses Verhaltens Mitglieder der Bezirkskrankenkasse bleiben, außer den in Gemäßheit des Statuts dieser letzteren zu leistenden Unternehmerbeiträgen bis zur doppelten Höhe derselben weitere Beiträge aus eigenen Mitteln an die Bezirkskrankenkasse zu leisten.

Die Höhe der zu leistenden Beiträge wird von der politischen Landesbehörde nach Einvernehmung der Bezirkskrankenkasse festgesetzt.

§ 46. Mitglieder einer Betriebskrankenkasse sind die in dem Betriebe, für welchen dieselbe errichtet ist, beschäftigten versicherungspflichtigen Personen, welche nicht bei einer der im § 11, Ziffer 6, bezeichneten Kassen in der in diesem Gesetze vorgeschriebenen Art und Höhe gegen Krankheit versichert sind.

Die Mitgliedschaft dieser Personen beginnt mit dem Tage, an welchem sie in die betreffende Beschäftigung eintreten.

Der Austritt dieser Personen aus einer Betriebskrankenkasse während der Dauer ihres Arbeitsverhältnisses kann nur erfolgen, wenn sie nachweisen, daß sie bei einer der im § 11, Ziffer 6, bezeichneten Kassen nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes gegen Krankheit versichert sind.

§ 47. Der § 13, Ziffer 3 und 5, dann die §§ 14 bis 23, 24, Ziffer 2, 25, 26, 27, 29 und 30, 33—36, 38 und 41 finden auf die Betriebskrankenkassen mit nachstehenden Abänderungen und Ergänzungen sinngemäße Anwendung:

1) Das Kassenstatut (§ 14) ist von dem Betriebsunternehmer oder einem Beauftragten desselben nach gepflogener Beratung mit den in dem Betriebe beschäftigten versicherungspflichtigen Personen oder den von denselben gewählten Vertretern zu errichten.

2) Durch das Kassenstatut kann dem Betriebsunternehmer oder einem Vertreter desselben der Vorsitz im Vorstande und in der Generalversammlung übertragen werden.

3) Die Rechnungs- und Kassenführung ist unter Verantwortlichkeit und auf Kosten des Betriebsunternehmers durch einen von demselben zu bestellenden Rechnungs- und Kassenführer zu besorgen.

4) Wenn der Betrieb, für welchen eine Kasse errichtet wird, sich über mehrere politische Bezirke desselben Verwaltungsgebietes erstreckt, so ist die Aufsichtsbehörde von der politischen Landesbehörde, und wenn sich derselbe über mehrere Verwaltungsgebiete erstreckt, vom Ministerium des Innern im Einvernehmen mit den beteiligten Ministerien zu bestimmen.

5) Die Aufsichtsbehörde ist berechtigt, Ansprüche, welche der Kasse gegen den Betriebsunternehmer aus der Rechnungs- und Kassenführung erwachsen, in Vertretung der Kasse durch die Finanzprokuratur geltend zu machen.

6) Sofern nicht die Betriebskrankenkasse einem Kassenverbande angehört, welchem ein Teil der nach § 27 zur Reservebildung zu verwendenden Beträge zuzuführen ist, haben diese Beträge in ihrer Gesamtheit zur Bildung des Reservefonds der Kasse zu dienen.

7) Reichen die Bestände einer Betriebskrankenkasse nicht aus, um die laufenden Ausgaben derselben zu decken, so sind von dem Betriebsunternehmer die erforderlichen Vorschüsse unverzinslich zu leisten.

8) Werden die gesetzlichen Mindestleistungen der Kasse (§§ 6—8) durch die Beiträge, nachdem diese für die Versicherten 3 Prozent des bei Berechnung des Krankengeldes zu Grunde gelegten Lohnbetrages (§ 9, Ziffer 1) erreicht haben, nicht gedeckt, so hat der Betriebsunternehmer die zur Deckung derselben erforderlichen Zuschüsse aus eigenen Mitteln zu leisten.

9) Das Vermögen der Kasse ist dem Betriebsunternehmer anvertraut. Im Falle der Betriebsunternehmer in Konkurs verfällt, gehört der Anspruch der Kasse auf ihr von dem Betriebsunternehmer verwaltetes Vermögen, soweit dieser Anspruch nicht als Rückforderungsanspruch sich darstellt, in die erste Klasse der Ansprüche der Konkursgläubiger und ist mit den im § 43 der Konkursordnung vom 25. Dezember 1868, No. 1 R.G.Bl. für 1869, unter Ziffer 1, 2 u. 3 angeführten Forderungen nach dem Verhältnisse der einzelnen Beträge zu berichtigen.

§ 48. Wird der Betrieb, oder werden die Betriebe, für welche die Kasse errichtet ist, zeitweilig eingestellt oder zeitweilig so weit eingeschränkt, daß die Zahl der darin beschäftigten versicherungspflichtigen Personen unter 20 sinkt, so kann die Verwaltung der Kasse von der Aufsichtsbehörde übernommen und durch einen von ihr zu bestellenden Vertreter besorgt werden. Das vorhandene Kassenvermögen, die Bücher, Korrespondenzen und sonstigen Papiere der Kasse sind in diesem Falle der Aufsichtsbehörde zu übergeben.

Stellt es sich jedoch nachträglich heraus, daß die Einstellung, bezw. Einschränkung des Betriebes dauernd geworden ist, so ist nach § 49 zu verfahren.

§ 49. Die Auflösung einer Betriebskrankenkasse ist von der politischen Landesbehörde unter Angabe der Gründe zu verfügen:

1) wenn der Betrieb oder die Betriebe, für welche sie errichtet ist, aufgelöst werden;
2) wenn die Zahl der in dem Betriebe beschäftigten versicherungspflichtigen Personen dauernd unter die gesetzliche Minimalzahl (§ 42) sinkt und auf den Betrieb, für welchen die Kasse errichtet wurde, weder die Vorschrift des § 43 Anwendung findet, noch auch den Voraussetzungen des § 42, Absatz 3, genügt wird;
3) wenn der Betriebsunternehmer es unterläßt, für ordnungsmäßige Kassen- und Rechnungsführung Sorge zu tragen.

In dem letzten Falle kann gleichzeitig mit der Auflösung der Kasse dem Betriebsunternehmer die im § 45 vorgesehene Verpflichtung auferlegt und die Errichtung einer neuen Betriebskrankenkasse untersagt werden. Außerdem bleibt der Betriebsunternehmer für die der Kasse durch die Unterlassung der ordnungsmäßigen Kassen- und Rechnungsführung entstandenen Nachteile verantwortlich (§ 47, Z. 5).

Die Auflösung einer Betriebskrankenkasse kann von der politischen Landesbehörde auch dann verfügt werden, wenn sie unter Zustimmung des Betriebsunternehmers von der Generalversammlung beschlossen wird.

Zugleich mit der Verfügung der Auflösung sind die erforderlichen Anordnungen in betreff des Eintritts der Kassenmitglieder in andere Krankenkassen zu treffen. Ergibt sich hierbei, daß die zur Deckung bereits entstandener Unterstützungsansprüche erforderlichen Mittel nicht vorhanden sind, so hat der Betriebsunternehmer für den Abgang aufzukommen.

Auf das Vermögen der aufgelösten Kassen finden die Bestimmungen des letzten Absatzes des § 40 mit der Maßgabe Anwendung, daß der Rest des Vermögens, soweit derselbe das gesetzliche Minimum des Reservefonds übersteigt, falls das Statut hierüber keine anderweitige Bestimmung enthält, jenem Verbande (§ 50), welchem die aufgelöste Kasse angehört hat, und wenn dies nicht der Fall war, jener Bezirkskrankenkasse zuzuweisen ist, in deren Bezirk die aufgelöste Kasse ihren Sitz hatte.

§ 50. Die Betriebskrankenkassen sind berechtigt, mit Zustimmung der betreffenden Betriebsunternehmer untereinander Verbände zu den im § 39 bezeichneten Zwecken zu bilden. Das Statut eines solchen Verbandes, sowie alle Abänderungen desselben unterliegen der Genehmigung seitens der politischen Landesbehörde, in deren Verwaltungsgebiet der Sitz des Verbandsvorstandes gelegen ist. Dieselbe politische Landesbehörde ist auch zur Uebung der staatlichen Aufsicht über den Verband berufen.

Mit Einwilligung des Betriebsunternehmers kann eine Betriebskrankenkasse auch in den Verband der Bezirkskassen eintreten, in dessen Sprengel sie ihren Sitz hat.

§ 51. Als Betriebskrankenkassen sind auch die in Gemäßheit des § 85 der Gewerbeordnung vom 20. Dezember 1859, No. 227 R.G.Bl., zur Unterstützung der Arbeiter in Fällen der Erkrankung errichteten Unterstützungskassen, sowie die in Gemäßheit des § 89 des Gesetzes vom 8. März 1885, No. 22 R.G.Bl., von jenen Gewerbsinhabern, welche keiner Genossenschaft angehören, bei ihren Etablissements errichteten besonderen Krankenkassen anzusehen und finden die Vorschriften der §§ 46—50 auch auf solche Kassen, jedoch mit der Abänderung Anwendung, daß für die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Kassen dieser Gattung statt der im § 49, Ziffer 2 genannten gesetzlichen Minimalzahl von hundert jene von fünfzig zu gelten habe.

Soweit die Statuten dieser Kassen den gesetzlichen Bestimmungen nicht entsprechen, sind dieselben binnen einer im Verordnungswege festzusetzenden Frist der erforderlichen Abänderung zu unterziehen.

Erfolgt diese Abänderung der Statuten innerhalb der bezeichneten Frist nicht auf regelmäßigem Wege, so ist sie durch die politische Landesbehörde mit rechtsverbindlicher Wirkung vorzunehmen.

§ 52. Als Betriebskassen gelten ferner die bei Eisenbahn- und Dampfschiffahrtsbetrieben, welche dem öffentlichen Verkehre dienen, jedoch nicht vom Staate verwaltet werden, bestehenden Unterstützungskassen, sofern:

a) die statutenmäßigen Leistungen derselben in Krankheitsfällen den Betrag der in den §§ 6—8 festgesetzten gesetzlichen Mindestleistungen der Krankenversicherung erreichen;
b) der Betriebsunternehmer zu der betreffenden Kasse mindestens gleich hohe Beiträge leistet, als er nach diesem Gesetze für die Krankenversicherung zu leisten hätte;
c) die Mitglieder für den Fall ihrer Erwerbslosigkeit (§ 13, Ziffer 3), ferner in Bezug auf das Eintrittsgeld (§ 13, Ziffer 5), den Beginn des Unterstützungsanspruches (§ 22) und die wegen Simulation zulässigen Strafen (§ 35) nicht ungünstiger als nach diesem Gesetze gestellt sind und in betreff ihrer Streitigkeiten mit den

Arbeitgebern und den Unterstützungskassen in Gemäßheit des § 41 der Entscheidung der Aufsichtsbehörde, bezw. des Schiedsgerichtes unterworfen werden.

Der Handelsminister bestimmt im Verordnungswege die Behörden, welche berufen sind, die staatliche Aufsicht über solche Kassen in dem in diesem Gesetze festgesetzten Umfange (§§ 19 bis 21) zu üben. Diesen Behörden steht das Recht zu, in sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes jene Verfügungen zu treffen, sowie jene Aenderungen des Statuts anzuordnen und nötigenfalls mit rechtsverbindlicher Wirkung vorzunehmen, welche zur gesicherten Erreichung des Zweckes der Krankenversicherung als erforderlich sich darstellen.

An die Stelle des Vorstandes und der Generalversammlung können bei diesen Unterstützungskassen mit der Zustimmung der Aufsichtsbehörde Ausschüsse treten, deren Obmänner, sowie die Hälfte ihrer übrigen Mitglieder von den betreffenden Betriebsunternehmern ernannt, die andere Hälfte dagegen von Kassenmitgliedern gewählt werden. Die Ernennung der Obmänner bedarf der Bestätigung durch die Aufsichtsbehörde.

§ 53. Als Betriebskassen gelten endlich die bei Betrieben, welche vom Staate verwaltet werden, bestehenden, für die nicht unter § 2 dieses Gesetzes fallenden Personen bestimmten Unterstützungskassen, sofern:

a) die statutenmäßigen Leistungen derselben in Krankheitsfällen den Betrag der in den §§ 6—8 festgesetzten gesetzlichen Mindestleistungen der Krankenversicherung erreichen;
b) der Staat zu der betreffenden Kasse mindestens gleich hohe Beiträge leistet, als er nach diesem Gesetze für die Krankenversicherung zu leisten hätte;
c) die Mitglieder für den Fall ihrer Erwerbslosigkeit (§ 13, Ziffer 3), ferner in Bezug auf das Eintrittsgeld (§ 13, Ziffer 5), den Beginn des Unterstützungsanspruches (§ 22) und die wegen Simulation zulässigen Strafen (§ 35) nicht ungünstiger, als nach diesem Gesetze, gestellt sind.

Im übrigen finden auf solche Unterstützungskassen die Bestimmungen der §§ 5 und 9, sowie des zweiten und dritten Abschnittes keine Anwendung. Diese Kassen bleiben den für sie geltenden besonderen Vorschriften und der Aufsicht der die Verwaltung der betreffenden Staatsbetriebe leitenden Behörden unterworfen.

IV. Baukrankenkassen.

§ 54. Die politische Landesbehörde kann anordnen, daß für die bei Weg-, Eisenbahn-, Kanal-, Strom- und Dammbauten, sowie in anderen vorübergehenden Baubetrieben beschäftigten Personen von den Bauherren, wenn dieselben durch längere Zeit eine größere Zahl von Arbeitern beschäftigen, Baukrankenkassen zu errichten sind.

§ 55. Die den Bauherren obliegende Verpflichtung kann mit Genehmigung der politischen Landesbehörde auf einen oder mehrere Unternehmer, welche die Ausführung des Baues oder eines Teiles desselben für eigene Rechnung übernommen haben, übertragen werden, wenn dieselben für die Erfüllung dieser Verpflichtung eine nach dem Urteil der politischen Landesbehörde ausreichende Sicherheit bestellen.

§ 56. Bauherren und bezw. Bauunternehmer, welche der ihnen nach den §§ 54 und 55 auferlegten Verpflichtung zur Errichtung einer Baukrankenkasse nicht nachkommen, haben den von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Personen für den Fall einer Krankheit und im Falle des Todes derselben ihren Hinterbliebenen die in den §§ 6 und 8 vorgeschriebenen Mindestleistungen aus eigenen Mitteln zu gewähren.

Versicherungspflichtige Personen, bezüglich welcher die in dem vorstehenden Absatze geregelte Haftpflicht des Bauherren, bezw. Bauunternehmers besteht, sind für die Dauer dieser Haftpflicht von der Verpflichtung, einer Bezirkskrankenkasse anzugehören, befreit.

§ 57. Die in Gemäßheit der §§ 54 und 55 errichteten Krankenkassen sind von der politischen Landesbehörde unter Angabe der Gründe aufzulösen:

1) wenn der Betrieb, für welchen sie errichtet sind, aufgelöst wird;

2) wenn der Bauherr oder Unternehmer es unterläßt, für ordnungsmäßige Kassen- und Rechnungsführung Sorge zu tragen.

In dem letzten Falle trifft den Bauherrn oder Unternehmer die im § 56 ausgesprochene Verpflichtung.

Im übrigen finden auf die Baukrankenkassen die Vorschriften der §§ 46—49 mit nachstehenden Aenderungen sinngemäße Anwendung:

1) bei Genehmigung des Kassenstatutes hat die politische Landesbehörde zu entscheiden, ob und in welchem Umfange die im § 27 ausgesprochene Verpflichtung der Kasse zur Ansammlung und Ergänzung eines Reservefonds in das Statut aufzunehmen ist;

2) über die Verwendung des bei Auflösung einer Kasse verbleibenden Restes des Kassenvermögens hat das Statut die erforderliche Bestimmung zu treffen. Eine Verwendung dieses Restes zu Gunsten des Bauherrn oder Unternehmers ist ausgeschlossen.

Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche, welche auf Grund des § 56 gegen den Bauherrn, bezw. Bauunternehmer erhoben werden, werden von der Aufsichtsbehörde entschieden.

V. Genossenschaftskrankenkassen.

§ 58. Für die Mitglieder der auf Grund der Bestimmungen des siebenten Hauptstückes der Gewerbeordnung errichteten genossenschaftlichen Krankenkassen tritt die Verpflichtung, einer nach Maßgabe der Vorschriften dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse anzugehören, nicht ein.

Es müssen jedoch:

a) die statutenmäßigen Leistungen dieser Kassen in Krankheitsfällen für alle Mitglieder den Betrag der in den §§ 6—8 festgesetzten gesetzlichen Mindestleistungen der Krankenversicherungskassen erreichen;
b) die Beiträge des Betriebsunternehmers in die Kasse mindestens gleich hoch sein, als diejenigen, welche er nach diesem Gesetze zu leisten hätte;
c) die Mitglieder für den Fall ihrer Erwerbslosigkeit (§ 13, Ziffer 3), ferner in Bezug auf das Eintrittsgeld (§ 13, Ziffer 5), den Beginn des Unterstützungsanspruches (§ 22) und die wegen Simulation zulässigen Strafen (§ 35) nicht ungünstiger als nach diesem Gesetze gestellt und in betreff ihrer Streitigkeiten mit den Arbeitgebern und den Unterstützungskassen in Gemäßheit des § 41 der Entscheidung der Aufsichtsbehörde, bezw. des Schiedsgerichtes unterworfen werden.

Die diesfalls erforderliche Abänderung der Statuten ist, soweit sie nicht innerhalb einer im Verordnungswege festzusetzenden Frist auf regelmäßigem Wege erfolgt, durch die politische Landesbehörde mit rechtsverbindlicher Wirkung vorzunehmen.

Im übrigen finden auf genossenschaftliche Krankenkassen die Bestimmungen der §§ 5 und 9, sowie des zweiten, dritten und vierten Abschnittes keine Anwendung.

VI. Bruderladen (Knappschaftskassen).

§ 59. Für die Mitglieder der auf Grund berggesetzlicher Vorschriften bestehenden Krankenkassen (Bruderladen, Knappschaftskassen) tritt die Verpflichtung, einer nach Maßgabe der Vorschriften dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse anzugehören, nicht ein.

Die statutenmäßigen Leistungen dieser Kassen in Krankheitsfällen müssen jedoch, sofern sie den Betrag der in den §§ 6—8 festgesetzten gesetzlichen Mindestleistungen der Krankenversicherungskassen nicht erreichen, spätestens binnen einer im Verordnungswege festzusetzenden Frist für sämtliche Mitglieder auf diesen Betrag erhöht werden.

Die hierzu erforderliche Abänderung der Statuten ist, soweit sie nicht innerhalb der bezeichneten Frist auf regelmäßigem Wege erfolgt, durch die Berghauptmannschaft mit rechtsverbindlicher Wirkung vorzunehmen.

Im übrigen finden auf Bruderladen (Knappschaftskassen) die Bestimmungen der §§ 5 und 9, sowie des zweiten, dritten und vierten Abschnittes keine Anwendung.

VII. Vereinskrankenkassen.

§ 60. Für Mitglieder der in Gemäßheit der geltenden Vereinsgesetzgebung errichteten Krankenkassen tritt die Verpflichtung, einer nach Maßgabe der Vorschriften dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse anzugehören, in dem Falle nicht ein, wenn die betreffende Kasse auf Grund des Vereinsgesetzes vom 26. November 1852, No. 253 R.G.B., errichtet ist oder sich nach den Vorschriften desselben umgebildet hat und wenn:

a) die statutenmäßigen Leistungen der betreffenden Kasse in Krankheitsfällen den Betrag der in den §§ 6—8 festgesetzten gesetzlichen Mindestleistungen der Krankenversicherung erreichen;
b) die Mitglieder für den Fall ihrer Erwerbslosigkeit (§ 13, Ziffer 3), ferner in Bezug auf das Eintrittsgeld (§ 13, Ziffer 5), und den Beginn des Unterstützungsanspruches (§ 22) nicht ungünstiger als nach diesem Gesetze gestellt sind.

Kassen, welche freie ärztliche Behandlung, die notwendigen Heilmittel und sonstige therapeutische Behelfe nicht gewähren, genügen dieser Bedingung durch Erhöhung des Krankengeldes um die Hälfte seines gesetzlichen Mindestbetrages. Diese Bestimmung findet auf jene Vereinskassen, welche von den Betriebsunternehmern

Beiträge in der Höhe von mindestens einem Drittel der Gesamtbeiträge beziehen, keine Anwendung.

Die staatliche Bewilligung zur Umbildung einer bestehenden Krankenkasse nach den Vorschriften des Vereinsgesetzes vom 26. November 1852, No. 253 R.G.Bl., darf beim Eintritte der oben bezeichneten Voraussetzungen nur dann verweigert werden:

1) wenn die Kasse neben der Krankenversicherung Zwecke verfolgt, welche nicht erlaubt sind und nach dem Gesetze nicht Gegenstand eines Vereins sein dürfen;

2) wenn der Plan der Kasse und dessen Belege den gesetzlichen oder versicherungstechnischen Anforderungen nicht genügen.

Die staatliche Aufsicht über die Vereinskrankenkassen ist nach den §§ 19—21 auszuüben. Im übrigen finden auf die Vereinskassen die Bestimmungen der §§ 5 und 9, sowie des zweiten, dritten und vierten Abschnittes keine Anwendung.

VIII. Gemeinsame Schlußbestimmungen.

§ 61. Krankenkassen, deren Mitgliedschaft von der Verpflichtung, der Bezirkskrankenkasse anzugehören, befreit, sind verpflichtet, jeden Austritt eines Mitgliedes binnen 14 Tagen bei der politischen Behörde erster Instanz zur Anzeige zu bringen. Zur Erstattung dieser Anzeige ist für jede Kasse, sofern deren Vorstand nicht eine andere Person benennt, der Kassen- und Rechnungsführer derselben verpflichtet.

§ 62. Die dem Versicherten auf Grund dieses Gesetzes zustehenden Forderungen können weder in Exekution gezogen, noch durch Sicherungsmaßregeln getroffen werden. Eine Ausnahme hiervon besteht nur zu Gunsten der gegen den Versicherten nach dem Gesetze bestehenden Forderungen zur Leistung des Unterhaltes.

Soweit Exekution und Sicherungsmaßregeln nicht zulässig sind, ist auch jede Verfügung über die dem Versicherten zustehenden, oben bezeichneten Forderungen durch Cession, Anweisung, Verpfändung oder durch ein anderes Rechtsgeschäft ohne rechtliche Wirkung.

§ 63. Weder die Arbeitgeber, noch die in diesem Gesetze bezeichneten Krankenkassen sind berechtigt, die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes zum Nachteile der Versicherten durch Verträge (Reglements) im voraus auszuschließen oder zu beschränken. Vertragsbestimmungen, welche diesem Verbote zuwiderlaufen, sind ohne rechtliche Wirkung.

§ 64. Hat eine Gemeinde oder Korporation auf Grund ihrer gesetzlichen oder statutarischen Verpflichtung zur Armenversorgung einer Person, welcher an eine in diesem Gesetze genannte Krankenkasse ein Unterstützungsanspruch zusteht, Krankenunterstützungen geleistet, so geht dieser Anspruch bis zum Betrage der geleisteten Unterstützung, und wenn die letztere ihn erreicht oder übersteigt, in seiner ganzen Höhe auf die Gemeinde oder Korporation über, und ist diese Gemeinde, bez. Korporation allein zur Geltendmachung des übergegangenen Anspruches an die Krankenkasse berechtigt.

Die vorstehende Bestimmung findet auch auf Stiftungen Anwendung, welche auf Grund ihrer Verpflichtung zur Armenversorgung Krankenunterstützungen geleistet haben, wenn die geleisteten Unterstützungen nach den stiftungsmäßigen Anordnungen auch anderen Personen als dem Empfänger zugewendet werden können.

Im übrigen werden die Ansprüche, welche den auf Grund dieses Gesetzes Versicherten gegen Gemeinden, Korporationen und Stiftungen aus dem Titel der Armenversorgung zustehen, durch dieses Gesetz nicht berührt. Dies gilt auch von Ansprüchen gegen andere als die in diesem Gesetze genannten Unterstützungskassen und Versicherungsanstalten.

§ 65. Die Verpflichtung der in diesem Gesetze bezeichneten Krankenkassen zur Leistung von Unterstützungen besteht auch in dem Falle, wenn die Krankheit die Folge eines Betriebsunfalles ist. Das Gleiche gilt von den in § 56 bezeichneten Bauherren, bez. Bauunternehmern. Hat eine Krankenkasse oder ein Arbeitgeber in einem solchen Falle Unterstützungen für einen Zeitraum geleistet, für welchen dem Unterstützten ein Anspruch an eine in Gemäßheit des Gesetzes, betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter, bestehende Versicherungsanstalt zusteht, so geht dieser Anspruch bis zum Betrage der geleisteten Unterstützung, und wenn die letztere ihn erreicht oder übersteigt, in seiner ganzen Höhe an die Krankenkasse, bez. an den Arbeitgeber über, welche die Unterstützung geleistet haben und ist die Krankenkasse, bez. der Arbeitgeber allein zur Geltendmachung des übergegangenen Anspruches an die Versicherungsanstalt berechtigt.

Hat eine der bezeichneten Krankenkassen Unterstützung in einem Krankheitsfalle geleistet, für welchen dem Versicherten ein gesetzlicher Entschädigungsanspruch gegen einen Dritten zusteht, so geht gleichfalls dieser Anspruch im Betrage der geleisteten Unterstützung, und wenn die letztere ihn erreicht oder übersteigt, in seiner

ganzen Höhe an die Krankenkasse über, welche die Unterstützung geleistet hat und ist die Krankenkasse allein zur Geltendmachung des übergegangenen Anspruches an den Dritten berechtigt.

§ 66. Streitigkeiten, welche über die in den §§ 64 und 65 bezeichneten Ersatzansprüche zwischen den zur Armenversorgung verpflichteten Gemeinden, Stiftungen und Korporationen, den in Gemäßheit des Gesetzes, betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter errichteten Versicherungsanstalten und den in diesem Gesetze bezeichneten Krankenkassen entstehen, werden von der politischen Landesbehörde entschieden.

Dasselbe gilt von Streitigkeiten über Ersatzansprüche der Krankenanstalten gegen die in diesem Gesetze bezeichneten Krankenkassen, sowie von Streitigkeiten dieser Krankenkassen untereinander, sofern diese letzteren Streitigkeiten nicht durch § 39 dem Verbandsschiedsgerichte zugewiesen worden sind.

§ 67. Wer der ihm nach § 31 obliegenden Pflicht zur An- oder Abmeldung oder der ihm nach § 61 obliegenden Anzeigepflicht gar nicht oder nicht rechtzeitig nachkommt, wird für jeden einzelnen Fall mit Geld bis zu 10 fl. und im Nichteinbringungsfalle mit Arrest bis zu 2 Tagen bestraft.

§ 68. Arbeitgeber, welche den von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Personen bei der Lohnzahlung vorsätzlich höhere als die nach den Statuten zulässigen Beträge in Anrechnung bringen, oder dem Verbote des § 63 entgegenhandeln, werden, sofern nicht der Tatbestand einer nach den allgemeinen Strafgesetzen zu bestrafenden Handlung vorliegt, mit Geld bis zu 200 fl. und im Nichteinbringungsfalle mit Arrest bis zu einem Monate bestraft.

Dasselbe gilt von Mitgliedern des Vorstandes der Kasse, welche dem § 63 zuwiderhandeln.

§ 69. Die Bestrafung der in den §§ 67 und 68 bezeichneten Gesetzesübertretungen steht den politischen Behörden zu. Die auf Grund dieses Gesetzes auferlegten Geldstrafen fließen in dem im § 68, Absatz 2, vorgesehenen Falle in den Reservefonds jener Kasse, welcher der Bestrafte als Vorstandsmitglied angehört, in allen übrigen Fällen in den Reservefonds jener Bezirkskrankenkasse, in deren Sprengel der Bestrafte wohnt.

§ 70. Gegen Entscheidungen und Verfügungen der politischen Behörden erster Instanz auf Grund dieses Gesetzes kann binnen 14 Tagen nach der Zustellung der Rekurs an die politische Landesbehörde ergriffen werden. Gegen Entscheidungen und Verfügungen der politischen Landesbehörde ist binnen derselben Frist der Rekurs an das Ministerium des Innern zulässig.

Der Rekurs ist bei jener Behörde zu überreichen, welche in erster Instanz entschieden hat, hat jedoch, sofern es sich um Streitigkeiten handelt, welche Unterstützungsansprüche betreffen, keine aufschiebende Wirkung.

§ 71. Der nach dem Gesetze, betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter, bei dem Ministerium des Innern zu bildende Beirat hat auch bei der nach diesem Gesetze dem Ministerium des Innern vorbehaltenen Wirksamkeit zu dessen Unterstützung zu dienen.

§ 72. Die in diesem Gesetze bezeichneten Krankenkassen sind verpflichtet, in den vorgeschriebenen Fristen und nach vorgeschriebenen Formularien Uebersichten über ihre Mitglieder, über die Krankheits- und Sterbefälle, über die Zahl der Krankheitstage, über die eingenommenen Beiträge und die gewährten Leistungen, sowie über die Höhe und Anlage des Reservefonds der betreffenden Aufsichtsbehörde vorzulegen. Auch die Krankenkassenverbände haben ihren Aufsichtsbehörden über die Höhe und die Anlage der Verbandsreservefonds alljährlich Bericht zu erstatten.

Die bezeichneten Ausweise und Berichte sind an den Minister des Innern zu leiten und von demselben alljährlich dem Reichsrate in entsprechender Bearbeitung mitzuteilen.

§ 73. Die Gemeinden sind verpflichtet, über Verlangen der politischen Behörden bei der Ausführung dieses Gesetzes mitzuwirken.

§ 74. Durch die Bestimmungen dieses Gesetzes wird nicht ausgeschlossen, daß die Mitglieder der Verwaltung oder die sonstigen Funktionäre der in diesem Gesetze bezeichneten Krankenkassen auch bei anderen Vereinen und Anstalten die Stellung von Mitgliedern der Verwaltung oder sonstiger Funktionäre bekleiden.

§ 75. Alle zur Begründung und Abwickelung der Rechtsverhältnisse zwischen den in diesem Gesetze bezeichneten Krankenkassen und den Versicherten erforderlichen Verhandlungen und Urkunden, dann die von den Arbeitgebern oder Kassen nach diesem Gesetze zu erstattenden Anzeigen, vorzulegenden Ausweise und sonstigen Eingaben samt deren Beilagen sind gebühren- und stempelfrei.

Auf die in diesem Gesetze bezeichneten Krankenkassen finden die Bestimmungen des Gesetzes vom 15. April 1885, No. 51 R.G.Bl., Anwendung.

Die von den Betriebsunternehmern zu entrichtenden Versicherungsbeiträge sind in die Besteuerungsgrundlage für die betreffenden Betriebe nicht einzubeziehen.

§ 76. Dieses Gesetz tritt 3 Monate nach seiner Kundmachung in Wirksamkeit. Der Zeitpunkt, mit welchem die im § 1 bezeichnete Versicherung beginnt, wird jedoch erst nachträglich durch den Minister des Innern im Verordnungswege festgesetzt.

Zum Zwecke der Ausführung dieses Gesetzes sind die politischen Behörden berechtigt, alle erforderlichen Erhebungen zu pflegen und namentlich von den in diesem Gesetze bezeichneten Krankenkassen, sowie von den Arbeitgebern, welche versicherungspflichtige Personen beschäftigen, alle erforderlichen Auskünfte und Nachweisungen zu begehren.

§ 77. Mit dem Eintritte der Wirksamkeit der im § 1 bezeichneten Versicherung treten alle auf die Gegenstände dieses Gesetzes sich beziehenden Vorschriften, soweit sie mit dem Inhalte desselben nicht vereinbar sind, außer Kraft.

§ 78. Mit dem Vollzuge dieses Gesetzes ist Mein Minister des Innern im Einvernehmen mit Meinen übrigen beteiligten Ministern betraut.

Gesetz vom 4. April 1889, R.G.Bl. No. 39, womit einige Aenderungen des Gesetzes vom 30. März 1888, R.G.Bl. No. 33, betr. die Krankenversicherung der Arbeiter, getroffen werden.

Mit Zustimmung beider Häuser des Reichsrates finde ich anzuordnen, wie folgt:

Artikel I.

Der § 4 des Gesetzes vom 30. März 1888, R.G.Bl. No. 33, hat in Hinkunft zu lauten, wie folgt: Die politischen Behörden erster Instanz sind berechtigt, Personen, welche im Krankheitsfalle mindestens für 20 Wochen auf Verpflegung und ärztliche Behandlung in der Familie des Arbeitgebers oder auf Fortzahlung des Gehaltes oder des Lohnes Anspruch haben, mit ihrer Zustimmung nach Untersuchung der Sachlage von der Versicherungspflicht zu befreien.

Von dieser Pflicht können durch die politischen Behörden erster Instanz auch die bei den Mitgliedern einer Gewerbsgenossenschaft in Verwendung stehenden Lehrlinge befreit werden, sofern diese Genossenschaft im Sinne des § 114 Absatz 2 Lit. f der Gewerbeordnung die Fürsorge für erkrankte Lehrlinge in der Weise übernimmt, daß dieselben im Krankheitsfalle mindestens für 20 Wochen auf Verpflegung und ärztliche Behandlung Anspruch haben.

Artikel II.

Die im Gesetz vom 30. März 1888, R.G.Bl. No. 33, enthaltenen Bestimmungen, betreffend die Feststellung und Ueberweisung von Reserveanteilen für Mitglieder der Krankenkassen werden aufgehoben.

Hierdurch treten § 13, Ziffer 6, und § 28 des oben bezeichneten Gesetzes außer Wirksamkeit, erfahren die §§ 47, 52, 53, 58 und 60 entsprechende Aenderung und hat § 13, Ziffer 3 jenes Gesetzes in Zukunft zu lauten, wie folgt:

Kassenmitglieder der vorstehend bezeichneten Arten, welche die Beiträge infolge eingetretener Erwerbslosigkeit nicht einzahlen können, behalten die Mitgliedschaft und mit derselben das Recht auf die Kassenleistungen durch mindestens 6 Wochen.

Artikel III.

Dieses Gesetz tritt mit dem Tage seiner Kundmachung in Wirksamkeit.

Artikel IV.

Mit dem Vollzuge dieses Gesetzes ist Mein Minister des Innern im Einvernehmen mit Meinen übrigen beteiligten Ministern betraut.

Verordnung des Gesamtministeriums vom 5. Februar 1900, R.G.Bl. No. 23, betr. die Versicherung der aus Staatsmitteln entlohnten provisorischen und Aushilfsdiener für den Krankheitsfall.

Zur Durchführung des § 16 des Gesetzes vom 26. Dezember 1899, R.G.Bl. No. 255, betreffend die Regelung der Bezüge der in die Kategorie der Dienerschaft gehörigen aktiven Staatsdiener, findet das Gesamtministerium folgendes zu verordnen:

§ 1. Die im § 16 des Gesetzes vom 26. Dezember 1899, R.G.Bl. No. 255, vorgeschriebene Versicherung der aus Staatsmitteln entlohnten provisorischen und Aushilfsdiener für den Krankheitsfall erfolgt durch die im Sinne des Gesetzes vom

30. März 1888, R.G.Bl. No. 33, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter errichteten Bezirkskrankenkassen.

Von dieser Art der Krankenversicherung sind nur jene aus Staatsmitteln entlohnten provisorischen und Aushilfsdiener ausgenommen, denen infolge ihrer Zugehörigkeit zu einer staatlichen Betriebskrankenkasse oder aus einem anderen Grunde der Anspruch auf die in den §§ 6 und 8 des Gesetzes vom 30. März 1888, R.G.Bl. No. 33, vorgeschriebenen Minimalleistungen zusteht.

§ 2. Zu den in § 1 erwähnten Versicherungspflichtigen gehören jene bei staatlichen Behörden, Aemtern, Anstalten und Betrieben Bediensteten, welche in die Kategorie der Dienerschaft fallen, jedoch keine ständigen Bezüge im Sinne des § 1 des Gesetzes vom 26. Dezember 1899, R.G.Bl. No. 255, genießen.

§ 3. Die den Staat als Arbeitgeber zufolge des Gesetzes vom 30. März 1888, R.G.Bl. No. 33, treffenden An- und Abmeldungen der Versicherungspflichtigen bei den örtlich zuständigen Bezirkskrankenkassen haben die betreffenden Amtsvorstände vorzunehmen, welche für die pünktliche Erfüllung dieser Obliegenheiten verantwortlich sind.

Die erste Anmeldung hat unbeschadet der mit 1. Januar 1900 eingetretenen Versicherungspflicht bis längstens Ende Februar 1900 zu erfolgen.

§ 4. Die Krankenversicherungsbeiträge werden zur Gänze vom Staate übernommen. Im übrigen finden die Bestimmungen des Gesetzes vom 30. März 1888, R.G.Bl. No. 33, volle Anwendung.

C. Stellung und Aufgaben der Aerzte.

Die Stellung der Aerzte zu den Krankenkassen ist in Oesterreich, ähnlich wie in Deutschland, im Gesetz nirgends präzisiert. Das österreichische K.V.G. spricht über „Aerzte“ überhaupt nur an einer Stelle, im § 39, Absatz 3, Ziffer 2, wo den Kassenverbänden das Recht zuerkannt wird, mit den „Aerzten, Apothekern und Krankenhäusern“ gemeinsame Verträge abzuschließen.

Ferner spricht das von der Regierung entworfene „Musterstatut für Bezirkskrankenkassen“ im § 27, Absatz 2 von der „Bestellung von Aerzten und Bediensteten von Krankenkassen“ als Obliegenheiten des Kassenvorstandes. Sonst beschränkt sich das Gesetz auf die Ausdrücke „ärztliche Behandlung“ u. ä., die eine weitgehende Auslegung zulassen.

Die Anstellung der Aerzte bei den Kassen geschieht meist unter festen Bedingungen auf unbestimmte Zeit mit dem Recht gegenseitiger Kündigung. Freie Arztwahl existiert bisher in Oesterreich so gut wie nicht und wird, aus noch zu erwähnenden Gründen, unter den jetzigen Verhältnissen auch gar nicht gewünscht. Nur eine Vereinskasse in Wien, deren Mitglieder sich aus kaufmännischen Angestellten zusammensetzen, stellt denselben frei, sich entweder auf bestimmte, von der Kasse angestellte Aerzte und Arzneien zu versichern, oder bei erhöhtem Krankengeld selbst den Arzt ihrer Wahl und die Medikamente zu bezahlen. Eine eigentliche freie Arztwahl in unserem Sinne ist dies also auch nicht (3, S. 27).

Nur in einigen kleineren Orten (Pitten, Mistelbach, Landskron etc.) existieren Kassen mit freier Arztwahl. Die fixierten Kassenärzte sind bei einigen Kassen direkt als Beamte angestellt, die nur bei Verletzung der Vertragsbedingungen oder auf disziplinarem Wege entlassen werden können. Einige Kassen haben sogar für ihre Aerzte einen Pensionsfonds geschaffen. Stellenweise ist es den Aerzten gelungen, ihre Anstellungen etwas stabiler zu gestalten. So hat der „Verein der Kassenärzte Wiens“, dem die Aerzte des Verbandes der Genossenschaftskrankenkassen Wien angehören, erreicht, daß ihnen nur unter bestimmten, genau angegebenen Bedingungen, wie Dienst-

vergehen, Verzug aus dem Bezirk u. a., gekündigt werden kann. In zweifelhaften Fällen ist die Berufung an ein Schiedsgericht zulässig, das aus Mitgliedern des Verbandes und der Aerzteorganisation besteht.

Das Bestreben der österreichischen Aerzte geht dahin, den Aerztekammern Einfluß auf den Abschluß von Verträgen mit Krankenkassen zu erringen, was aber bisher noch nicht gelungen ist. Der 5. österreichische Kammertag im Jahre 1899 hatte die Sache bereits energisch in die Hand genommen und bindende Beschlüsse über das Rechtsverhältnis zwischen Kassenärzten und Krankenkassen gefaßt. Aber wie bei uns scheiterten die Versuche zur Hebung des Standes am Widerstand der Regierung, welche z. B. die von der „Aerztekammer für Niederösterreich mit Ausnahme von Wien“ ausgearbeiteten Direktiven für den Abschluß eines Vertrages zwischen einem Arzte und einer Krankenkasse einfach ablehnte. Das einzige, was diese Kammer erreichte, war, daß die von einigen Bezirkskrankenkassen geforderte Beeidigung der fixierten Kassenärzte als ungesetzlich wieder beseitigt wurde.

Die Bezahlung der Aerzte findet meist nach dem Pauschalsystem statt. Sie schwankt beträchtlich, bewegt sich aber meist in den Grenzen von 2—3 K., also etwa 1 M. 75 Pf. bis 2 M. 55 Pf. pro Kopf und Jahr. Daß dabei auf die Einzelleistung (Point) nur sehr geringe Beträge herauskommen, ist klar. Nach dem Memorandum der österreichischen Aerztekammern vom Jahre 1901 (S. 56) betrug der Point bei der Wiener Bezirkskrankenkasse im Jahre 1899 nur 19,9 Heller (etwa 18 Pf.), beim Verbande der Wiener Genossenschaftskrankenkassen sogar nur 10,7 (9 Pf.) bis 14,9 Heller ($12^1/_2$ Pf.), bei allen österreichischen Krankenkassen zusammen betrug der Durchschnitt der Bezahlung 2,18 K. (1,85 M.), was für eine ärztliche Ordination 17,3 Heller (14,7 Pf.), für einen ärztlichen Besuch das Doppelte, mithin 34,6 Heller (29,4 Pf.) ergeben würde.

Ellmann (Med. Ref. No. 30 1902, S. 284) rechnet für die Wiener Bezirkskrankenkasse im Jahre 1900 2,10 K. pro Kopf und Jahr, für den Verband der Genossenschaftskrankenkassen 1,40 K. heraus, was einem Point von 27 Heller für letzteren entsprechen würde.

Bei einigen Kassen steigt das Anfangsgehalt des Arztes mit den Jahren. So beträgt z. B. beim Wiener Verband der Genossenschaftskrankenkassen das Anfangsgehalt der Kassenärzte 140—160 K. monatlich (119—136 M.) und steigt innerhalb 15 Jahren je nach der Gehaltsklasse auf 200—240 K. Die Spezialärzte beginnen mit 200 K. und erhalten nach 15 Jahren 300 K. (255 M.). [Ellmann l. c. S. 284.]

Auch in Oesterreich haben die Aerzte zunächst versucht, durch Petitionen an die Regierung, Memoranda. Denkschriften etc. ihre Stellung bei den Krankenkassen zu verbessern, aber im ganzen mit nur sehr geringem Erfolg. Schon im Jahre 1889 erließen der Geschäftsausschuß des österreichischen Aerztevereinsverbandes und das medizinische Doktorenkollegium in Prag Aufrufe an die Aerzte, sich zusammenzuschließen, besonders um zu verhüten, daß Unterbietungen („Minuendokonkurrenz“) Platz griffen. In den Jahren 1890 und 1893 folgten Petitionen des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums und des ärztlichen Vereins des VIII. Bezirks Wien um Aufhebung des § 13 Absatz 4 des K.V.G. betreffend die freiwillige Mitgliedschaft, Bestimmung einer Einkommensgrenze und bessere Bezahlung der Aerzte. Trotzdem erweiterte die Regierung zunächst die Befugnisse

der Kassen und gestattete beispielsweise im Jahre 1899 der Wiener Bezirkskrankenkasse die Ausdehnung der Krankenversicherung auch auf die Angehörigen der versicherungspflichtigen und nicht versicherungspflichtigen Mitglieder [1]).

Nunmehr nahmen die Aerztekammern die Sache in die Hand und arbeiteten erst eine Denkschrift an den Ministerpräsidenten (1897), später ein Memorandum für das Abgeordnetenhaus (1901) aus. Gleichzeitig ging den Abgeordneten eine Petition wegen Reform des Krankenversicherungswesens zu, die wir zum Abdruck bringen, weil aus ihr sich am besten ersehen läßt, wie die Stellung der Kassenärzte Oesterreichs zur Zeit liegt.

Petition der sämtlichen österreichischen Aerztekammern wegen Reform des Krankenversicherungswesens.

Hohes Haus der Abgeordneten!

Das Arbeiter-Krankenversicherungsgesetz vom 30. März 1888 hat seit seinem nunmehr zwölfjährigen Bestande sowohl in materieller als auch in sozialer Beziehung seine nachteiligen Wirkungen auf den ärztlichen Stand in der traurigsten Weise geäußert. Der durch dieses Gesetz vorgeschriebene obligatorische Beitritt auch wohlhabender und der unbeschränkte fakultative Beitritt selbst reicher Personen zu den Krankenkassen hat den Aerzten einen großen Teil ihrer für ihre Existenz unbedingt notwendigen Privatpraxis entzogen. Die schlechte Bezahlung der ärztlichen Leistungen, die Ueberbürdung durch Zuweisung einer zu großen Zahl von Kassenmitgliedern, der gänzliche Mangel eines Rechtsschutzes gegenüber den Kassenvorständen, haben insbesondere jene Aerzte, welche Stellen bei den Krankenkassen angenommen haben, auf das schwerste geschädigt.

Die vielfachen Beratungen, welche die Aerztekammern und andere ärztliche Korporationen in allen Gebieten der Monarchie pflogen, um das Verhältnis der Aerzte zu den Krankenkassen in einer nur einigermaßen befriedigenden Weise zu regeln, haben sich infolge der gänzlichen Ignorierung der Aerzte bei Schaffung des Krankenversicherungsgesetzes trotz eifrigster Bemühungen als fruchtlos erwiesen.

Eine Denkschrift, welche sämtliche Aerztekammern im Jahre 1898 Sr. Exzellenz dem damaligen Ministerpräsidenten Grafen THUN überreichten, schilderte die Wirkung der Krankenkassen auf die Aerzte in deutlicher Weise und verlangte dringendst die Abänderung des Krankenkassengesetzes mit billiger Rücksichtnahme auf die Aufgabe und Stellung der Aerzte.

Erst in jüngster Zeit hat der in Wien stattgefundene außerordentliche Aerztekammertag, an welchem sämtliche Aerztekammern Oesterreichs durch Delegierte vertreten waren, in der entschiedensten Weise die Unhaltbarkeit der geltenden gesetzlichen Bestimmungen über das Krankenversicherungswesen hervorgehoben und einmütig eine Abänderung des Gesetzes verlangt.

Die Aerzte können und wollen sich nicht mehr dem schweren Drucke unterwerfen, welcher durch die Krankenkassen in ihrer jetzigen Form auf sie ausgeübt wird.

Daß die Krankenkassen einen Hauptanteil an dem rapiden Niedergange des ärztlichen Standes haben, geht daraus hervor, daß gerade seit dem Bestande der Krankenkassen sowohl die Erwerbsverhältnisse als das Ansehen, dessen sich der ärztliche Stand bis dahin zu erfreuen hatte, eine erschreckende Einbuße erlitten haben. Die Krankenkassen tragen mit Schuld daran, daß gerade in den letzten Jahren die Mißachtung der ärztlichen Leistungen und die sowohl von ungebildeten Volksklassen als auch von intelligenten Ständen und Korporationen mit verletzender Absichtlichkeit zur Schau getragene Geringschätzung der medizinischen Wissenschaft und der Aerzte solche Dimensionen angenommen haben.

Wäre es nicht viel natürlicher und gerechter, daß die Aerzte und ihre Leistungen in demselben Grade eine höhere und allgemeinere Anerkennung fänden, als gerade in den letzten Dezennien die Medizin und Chirurgie durch die wissenschaftliche Forschung die großartigsten Erfolge aufzuweisen haben?

---

1) Hierbei mag bemerkt werden, daß die Aerzte die Versicherung der Familienangehörigen befürworten, aber nur bei fixierter Einkommensgrenze und freier Arztwahl (Mem. S. 24).

Wenn die Aerzte wie in früherer Zeit ihrem Berufe mit Hingebung und Erfolg nachgehen sollen, so müssen sie in ihrem Wirken jene Würdigung und Anerkennung finden, welche zu einer erfolgreichen Ausübung ihres Berufes unbedingt notwendig sind.

Das kann aber nur erreicht werden, wenn die Gesetzgebung, überzeugt von der Notwendigkeit eines tüchtigen und leistungsfähigen Aerztestandes, auf ärztliche Interessen jene Rücksichten nimmt, welche sie diesem für das Volkswohl geradezu unentbehrlichen Stande gegenüber zu nehmen verpflichtet ist.

Wir richten demnach unter Hinweis auf die dieser Petition beigeschlossene Denkschrift im Namen aller durch die Aerztekammern vertretenen Aerzte Oesterreichs an das hohe Haus die ernste und dringende Bitte, bei der Reform des Krankenversicherungswesens, sei es, daß dieselbe durch eine Revision des bestehenden Gesetzes, sei es durch Schaffung eines neuen Gesetzes bewirkt werden sollte, den Interessen der Aerzte die gebührende Aufmerksamkeit zuzuwenden und die nachstehenden Forderungen als gerechte anzuerkennen und zu berücksichtigen.

Diese Forderungen sind:

I. Es soll die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse von dem Einkommen des zu Versichernden abhängig gemacht werden.

1) Die Versicherungspflicht soll nur bis zu einem Einkommen von jährlich 2000 K. festgestellt, dagegen auf alle Arbeiter, Angestellten u. s. w. unter diesem Einkommen ausgedehnt werden.

2) Das Versicherungsrecht (der freiwillige Beitritt) soll gänzlich aufgehoben oder ebenfalls nur bis zu einem Einkommen von 2000 K. gestattet werden.

3) Das Versichertbleiben bei den Krankenkassen soll auch für die früher Versicherungspflichtigen in dem Momente aufhören, wo ihr Einkommen die Einkommensgrenze von 2000 K. übersteigt.

II. Es soll im Gesetze ausdrücklich die Möglichkeit ausgesprochen werden, daß die „freie ärztliche Behandlung" auch nach dem System der freien Arztwahl stattfinden kann; für Orte mit mehr als 20000 Einwohnern soll diese Art des ärztlichen Dienstes als Regel normiert werden.

III. Es sollen in das Gesetz oder in das Musterstatut Bestimmungen über die entsprechende Honorierung der kassenärztlichen Leistungen aufgenommen werden. Die Höhe des Honorars soll von den Aerztekammern im Einvernehmen mit den Krankenkassen festgesetzt werden, indem bei fallweiser Entlohnung ein eigener Tarif für die Einzelleistung, bei Pauschalbezahlung hingegen eine nach der Kopfzahl der Versicherten bestimmte Jahrespauschalquote festgestellt wird.

Diese Honorarbestimmungen sind in die Direktiven, nach welchen Aerzte Verträge mit Krankenkassen abzuschließen haben, aufzunehmen.

IV. Es sollen die Kassen, die keine freie Arztwahl einführen, sondern den ärztlichen Dienst durch bestimmte Rayonskassenärzte besorgen lassen, gesetzlich verpflichtet werden, die dem einzelnen Kassenarzt zur eventuellen Behandlung im Erkrankungsfalle zugewiesene Anzahl der Versicherten auf 800 bis 1000 zu beschränken, um eine Ueberbürdung der Kassenärzte und eine dadurch bewirkte Schädigung der Kassenmitglieder zu verhüten.

V. Es sollen, um die rechtliche Stellung der Kassenärzte bei den Krankenkassen mit bestimmten Kassenärzten zu wahren, folgende Bestimmungen getroffen werden:

1) Die Bestellung von Kassenärzten findet nur auf Grund rechtsgültiger Verträge statt.

2) Die Direktiven, nach denen diese Verträge abgeschlossen werden, sind von den zuständigen Aerztekammern im Einvernehmen mit den Krankenkassen festzustellen.

3) Die von den Krankenkassen herauszugebenden Instruktionen für den kassenärztlichen Dienst sind im Einvernehmen mit den Aerztekammern auszuarbeiten.

4) Für Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und Kassenärzten ist ein Schiedsgericht einzusetzen, dem ein Delegierter der Aerztekammer mit Sitz und Stimme beigezogen werden soll.

5) Vor Entlassung von Kassenärzten sollen die Krankenkassen verpflichtet sein, ein Gutachten der Aerztekammer einzuholen. Die strafweise Entlassung soll nur mit Zustimmung der Aerztekammer in Kraft treten dürfen.

6) Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, die Bestellung von Kassenärzten und die mit ihnen abzuschließenden Verträge den Aerztekammern zur Kenntnis zu bringen.

Bezüglich der Meisterkrankenkassen erlauben wir uns, in Ausführung des auf dem außerordentlichen Aerztekammertage in Wien vom 25. Mai 1901 einstimmig gefaßten Beschlusses die Forderung zu stellen, das die Meisterkrankenkassen begründende Gesetz wolle dahin abgeändert werden, daß die Meisterkrankenkassen

verpflichtet sein sollen, ihren Mitgliedern ein Krankengeld, nicht aber berechtigt sein sollen, denselben ärztliche Behandlung zu gewähren.

Wien, im Juni 1901.

In Vertretung sämtlicher österreichischen Aerztekammern:

Dr. Brenner, Präsident der mähr. Aerztekammer.

Dr. Heim, Präsident der Wiener Aerztekammer.

Dr. Gorhan, Präsident der Aerztekammer für Niederösterreich.

Die im österreichischen Abgeordnetenhause am 8. April 1902 hierauf bezügliche Debatte fiel im ganzen günstig aus. Auch der Ministerpräsident lobte die Aufopferungsfähigkeit und Bereitwilligkeit der Aerzte und stellte ihre Hinzuziehung bei einer eventuellen Gesetzesänderung in Zukunft in Aussicht. Aber vorläufig blieb alles beim alten, trotzdem alle Parteien sich einig waren, daß der jetzige Zustand unwürdig war. Selbst ein sozialdemokratischer Abgeordneter, Hybeš aus Brünn, hatte schon im Jahre 1900 in der allgemeinen Aerzteversammlung am 25. April zu Brünn gesagt (Ellmann 7, S. 275):

„Das ist ein Zustand, der für eine zivilisierte Gesellschaft überhaupt nicht paßt, der einfach ganz unglaublich ist. Was man von den Aerzten heute verlangt und welche ärztliche Behandlung man heute den Arbeitern bietet, ist geradezu ein Schandfleck der gegenwärtigen Zivilisation. Das sind Zustände, bezüglich deren die Aerzte und die Arbeiter sich jedenfalls vereinigen müssen und bezüglich deren eine Remedur endlich geschaffen werden muß.“

Die einzigen Erfolge, welche die österreichischen Aerzte bisher errungen haben, sind, wie anderswo ebenfalls, durch Selbsthilfe zu stande gekommen, nur daß hier die Aerztekammern und Standesvereinigungen das Hauptverdienst an den Erfolgen haben. Wir erwähnen von diesen Erfolgen den Kampf gegen die sogenannten Meisterkrankenkassen und die Krankenkasse der Wiener Bankbeamten, der zu Gunsten der Aerzte zu Ende geführt wurde.

In Wien war im Jahre 1898 schon etwa $^1/_3$ der Gesamtbevölkerung gegen Krankheit versichert. Der privatärztlichen Tätigkeit blieben außer dem Militär, das hier ausgeschaltet werden kann, nur die selbständigen Geschäftsleute, die meist Hausbesitzer sind, die Lehrer, Bauern, Beamten und die selbständigen Gewerbetreibenden, die sogen. „Meister“, übrig. Die im Jahre 1897 erlassene Novelle zum Gewerbegesetz vom 23. Februar gestattete im § 115a die Errichtung obligatorischer Meisterkrankenkassen, denen dann jedes Mitglied der Genossenschaft angehören müsse.

Gegen diese Meisterkrankenkassen, von denen die Aerzte eine neue Beschränkung ihrer privatärztlichen Tätigkeit voraussahen, richtete sich der Kampf. Die Aerztekammern und Standesvereine erklärten die Annahme ärztlicher Stellen bei den Meisterkrankenkassen für standeswidrig, boykottierten die letzteren also einfach und verfolgten die wenigen Aerzte, welche sich trotzdem den Kassen zur Verfügung stellten, mit ehrenrätlichen Strafen. Es gelang in Wien, die Annahme dieser Stellen fast ganz zu hintertreiben, und nur 4—5 Aerzte, die von der Kammer bestraft und von ihren Kollegen desavouiert wurden, standen der Kasse noch zur Verfügung. Als die Landesregierungen in Böhmen und Kärnthen die betr. Kammerbeschlüsse als ungesetzlich aufhoben, erhob der VI. österr. Kammertag (1900) feierlich hiergegen Protest und erklärte für die Beurteilung der Standeswürdigkeit oder

Standesunwürdigkeit ärztlicher Handlungen sich allein für kompetent. In diesem Jahre (1902) hat dann endlich auch die Regierung nachgegeben und an Stelle des alten § 115 des Gewerbegesetzes die folgende Fassung desselben beantragt:

„§ 115. Zwangskassen für Mitglieder. Die Genossenschaften sind berechtigt, ihre Mitglieder zur Versicherung auf Krankengeld oder auf Kranken- und Begräbnisgeld, jedoch mit Ausschluß auf unentgeltliche ärztliche Hilfe, zu verhalten. In diesem Falle ist die Höhe und die Dauer des zu versichernden Krankengeldes, bezw. die Höhe des Begräbnisgeldes festzusetzen, doch darf das Krankengeld wöchentlich 28 Kronen, das Begräbnisgeld 400 Kronen nicht übersteigen."

Die Krankenkasse der Wiener Bankbeamten, welche anfangs 1902 errichtet wurde, wurde durch Beschluß der Wiener Aerztekammer vom 21. Januar 1902 boykottiert, indem sie es für standeswidrig erklärte, bei der Kasse eine ärztliche Stelle anzunehmen, solange dies nicht unter Bedingungen möglich sei, welche von der Wiener Aerztekammer geprüft und gutgeheißen worden sind. Die Wiener Bankbeamten, welche diese Kasse als registrierte Hilfskasse gegründet hatten, sind nach dem Gesetz alle, gleichviel wie hoch ihr Einkommen ist, versicherungspflichtig. Bisher hatte allerdings die Regierung alle Beamten, die mehr als 1600 Kronen Gehalt verdienten, auf ihren Antrag im Verordnungswege von der Versicherungspflicht befreit. Nun bestand aber die Gefahr, zumal die Kasse eine beschränkte freie Arztwahl einführen wollte, und die Frauen der Mitglieder als freiwillige Mitglieder zuläßt, daß die höheren Beamten ebenfalls sich früher oder später der freien Behandlung entziehen würden und sich von den Kassenärzten behandeln ließen. Daher gelangte die Aerztekammer zu ihrem Beschluß, der so lange in Kraft bleiben soll, bis eine genau bezeichnete Grenze derjenigen Versicherten aufgestellt ist, die das Recht haben, sich von frei zu wählenden Kassenärzten behandeln zu lassen. — Der Erfolg war den Aerzten günstig; die Kasse konnte infolge des Widerstandes der ärztlichen Organisation keine Kassenärzte bekommen. Dagegen hat die Niederösterreichische Statthalterei den Erlaß der Aertzekammer als nicht zu Recht bestehend erklärt. (M. M. W. 1902, No. 45, p. 1902). Die Kasse hat dann im August 1902 den Ausweg gefunden, daß sie sich mit dem Verbande der Genossenschaftskrankenkassen fusionierte und ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern hierdurch freien Arzt und Medikamente sicherte. (Allg. Wiener med. Zeitg., 1902, No. 35).

Neuerdings ist auch der Kampf der Aerzte gegen die registrierten freien Hilfskassen entbrannt, für welche weder eine Alters- noch Vermögensgrenze fixiert ist, sodaß jedermann an den Wohltaten derselben teilnehmen kann. Eine am 13. Dezember 1902 in Wien tagende allgemeine Aerzteversammlung nahm eine Resolution an, dahingehend, daß der § 16 des Hülfskassengesetzes, welcher unentgeltliche ärztliche Hilfe gestattet, aus dem Gesetze verschwinden soll und nur Krankengeld gestattet werde. Die Hilfskassen sollen danach nur als Zuschußkassen wirksam sein können. (M. M. W., 1902, No. 51, p. 2168.)

Die Agitation zur Einführung der freien Arztwahl bei den Krankenkassen hat bisher in Oesterreich keine nennenswerten Erfolge gezeitigt. Im Prinzip sind zwar die österreichischen Aerztekammern und ein großer Teil der Aerzte dafür. Aber da bei der jetzigen Gesetzgebung, wo ein Jeder einer Bezirks- oder Vereinskrankenkasse beitreten kann, die Gefahr besteht, daß mit Einführung der freien Arztwahl die freie Praxis enorm geschädigt werden würde, so wünschen

die österreichischen Aerzte die freie Arztwahl nur bei gleichzeitiger Beschränkung des Beitrittsrechtes auf ein bestimmtes Einkommen. Die oben abgedruckte Petition der österreichischen Aerztekammern fordert deshalb in erster Linie die Festsetzung einer Einkommensgrenze für die Aufnahme in die Krankenkassen und erst in zweiter Linie, daß im Gesetze die „Möglichkeit" ausgesprochen werde, die freie ärztliche Behandlung solle auch nach dem System der freien Arztwahl stattfinden können. Nur für Orte mit mehr als 20000 Einwohnern möge sie als Regel normiert werden. Die Regierung steht diesen Forderungen nicht direkt ablehnend gegenüber. Wenigstens hat sie vor Jahren (Amtl. Nachr. des K. K. Ministeriums des Innern IV) die Methode der Honorierung bei der freien Arztwahl nach dem Pauschal-Pointsystem als „besonders beachtenswert und entwickelungsfähig" empfohlen. Die Mitglieder der Kassen verhalten sich bisher ziemlich indifferent gegen die freie Arztwahl. Die Aerzte, auch manche Kassenärzte, sind im Prinzip dafür, aber aus den oben angeführten Gründen nur unter gleichzeitiger Beschränkung der Aufnahmebedingungen. Außerdem sucht man nach Wegen, um die jetzt in Stellung befindlichen Kassenärzte, welche oft ausschließlich davon leben, bei Einführung der freien Arztwahl zu entschädigen. Der in Wien bestehende „Verein für die freie Aerztewahl" hat, verstärkt durch Delegierte aus allen ärztlichen Bezirksvereinen, verschiedene dahingehende Vorschläge gemacht, die aber mehr gut gemeint, als leicht ausführbar erscheinen. So sollte bei Annahme des Point-Systems eine Erhöhung der Zahl der Points für die Kassenärzte durch etwa 4—5 Jahre stattfinden, oder den letzteren durch die Organisation der Aerzte ein bestimmtes Einkommen garantiert werden. Gangbarer erscheint schon ein dritter Vorschlag, wonach Stellen, die durch Tod, Krankheit, freiwilligen Rücktritt oder sonstwie frei werden, nicht mehr besetzt, sondern für die freie Arztwahl offen gelassen werden sollen.

Die Kassen stehen der freien Arztwahl fast ausnahmslos feindlich gegenüber; sie bezeichnen dieselbe, wie auch anderswo, als finanziellen Ruin der Kassen, erklären das System der Kassenärzte für durchaus gut und das einzig richtige für die Versicherten sowohl wie für die Aerzte, und lehnen jedes Zusammenarbeiten mit den Aerzten rundweg ab.

Einstweilen versuchen die österreichischen Aerztekammern unter den bisherigen Verhältnissen wenigstens eine Erhöhung der Bezahlung zu erreichen. Hierfür wird empfohlen, besondere ärztliche „Tarife für die Kassenpraxis" aufzustellen, die von der Regierung genehmigt und zur Befolgung empfohlen werden sollen. Als Mindestsätze empfiehlt das Memorandum der Oesterr. Aek. bei Bezahlung nach Einzelleistungen 1 K. (85 Pf.) für die Ordination, 2 K. für die Visite und 4 K. für den Nachtbesuch, wobei den Kassen das Recht gewährt bleiben soll, im Falle finanzieller Schwierigkeiten eine Ermäßigung mit der Aek. zu vereinbaren. Bei Pauschalbezahlung soll der Betrag pro Kopf und Jahr mindestens 6 Kr. (5,10 M.) betragen. Die niederösterr. Aek. verlangt nur 5 Kr. (4,25 M.) pro Kopf und Jahr oder bei Einzelzahlung den ortsüblichen Tarif mit höchstens 20 Proz. Nachlaß. Die Kontrolle der Kranken findet gewöhnlich durch Laien statt, die zu mannigfachen Beschwerden seitens der Aerzte Veranlassung geben. Allerdings gibt es bei den größeren Krankenkassen außer den eigentlichen Kassen- oder Rayonärzten auch sogen. Chefärzte, die in Wien meist aus den Kreisen der Fakultät genommen werden und denen vor allem die Entscheidung in simulations-

verdächtigen Fällen zukommt. Die Rayonärzte senden ihnen alle irgendwie verdächtigen Kranken und der Chefarzt entscheidet endgültig. Außerdem findet aber eine Kontrolle der Kranken durch Laien aus der Zahl der Kassenmitglieder (Schuster, Schneider, Tischler etc.) statt, über deren Uebertretungen vielfach geklagt wird. So sollen Mitglieder, welche tatsächlich noch krank waren, auf Grund der Aussagen des Laienkontrolleurs entgegen der Anschauung des Arztes entlassen, andererseits vom Arzt als gesund entlassene Mitglieder auf Grund des Berichtes des Kontrolleurs wieder als krank geführt werden. Besonders nötig erscheint die Kontrolle bei Kassen, welche viele freiwillige Mitglieder haben. Solche Kassen, wie z. B. die Wiener Allg. Arbeiterkrankenkasse, weisen auch den größten Fehlbetrag auf.

Die freiwilligen Mitglieder scheinen überhaupt den Kassen viele Sorgen zu bereiten. Gegen eine zu große Ausdehnung der Familienversicherung schützen sich einzelne Kassen durch besondere Beiträge und Gewährung von nur freier ärztlicher Behandlung und Medikamenten, jedoch ohne Krankengeld. So nimmt die Wiener Bezirkskrankenkasse für die Familienmitglieder 60 h (50 Pf.) pro Kopf und Monat; aber von 145000 Mitgliedern machten (1900) nur 30 Frauen und 34 Kinder von dieser Einrichtung Gebrauch. Eine Rolle hierbei mag auch das System der fixierten Kassenärzte spielen; bei freier Arztwahl wäre die Beteiligung wohl eine größere.

Besonders stark sind die freiwilligen Mitglieder bei den großen Arbeiterkrankenkassen vertreten. Dieselben rekrutieren sich meist aus früheren obligatorisch Versicherten, die nach Austritt aus der Beschäftigung freiwillige Mitglieder bleiben. Sie bezahlen nur ihre bisherigen $^2/_3$ des Beitrags weiter; das vom Arbeitgeber zu leistende $^1/_3$ geht der Kasse bei der freiwilligen Versicherung verloren. Folge davon ist ein Defizit auf Konto der freiwilligen Mitglieder, das z. B. bei der Wiener Allg. Arbeiterkrankenkasse 289000 K. im Jahre 1900 betrug. Die Folgen dieses Fehlbetrags haben in erster Linie die Aerzte zu tragen, da an eine Erhöhung ihres Gehalts unter solchen Umständen nicht gedacht werden kann.

Die Leistungen der Krankenkassen sind, abgesehen von den im Gesetz vorgeschriebenen Mindestleistungen (§§ 6—8 des K.V.G.), zuweilen ganz beträchtlich und übersteigen die bei uns üblichen stellenweise recht erheblich. So gewährt z. B. der oft genannte Verband der Wiener Genossenschaftskrankenkassen Krankengeld bis zu einem Jahr, Badekuren in verschiedenen österreichischen Bädern, Aufenthalt auf dem Lande und in Genesungsheimen. Den Kranken stehen ferner eine Kaltwasserheilanstalt, eine Anstalt für Mechanotherapie, Massage und Heißluftbäder, Röntgentherapie und Fangobäder zur Verfügung. Außerdem wirken am Verbande 14 Spezialärzte, darunter 2 Universitätsprofessoren und 7 Privatdozenten.

Daß trotz der pauschalierten Aerzte dabei das Medikamentenkonto beträchtlich in die Höhe geht, kann nicht Wunder nehmen. Dasselbe betrug, wie oben ersichtlich, im Jahre 1900 = 5357230 K., was einer Summe von 2,13 K. (1,80 M.) pro Kopf und 24 h (20 Pf.) pro Krankheitstag entspricht. Die Krankheitskosten überhaupt sind in Oesterreich im Durchschnitt niedriger als bei uns. Sie betrugen im Jahre 1900 nur 16 K. (13,60 M.) gegen 15,71 M. in Deutschland. Doch finden sich große Unterschiede in den einzelnen Krankenkassen, wie aus folgender Uebersicht hervorgeht (Ellmann, 7, p. 285):

Es verausgabten im Jahre 1900 pro Kopf und Jahr

Die Bezirkskrankenkassen	13,1	Kr.
„ Genossenschaftskrankenkassen	15,3	„
„ Betriebskassen	18,76	„
„ Vereinskassen	19,3	„

Die großen Wiener Kassen zahlen im Allgemeinen über dem Durchschnitt. So verausgabte 1900:

Die Wiener Bezirkskrankenkasse	14,7	Kr.
Der Verband der Genossenschaftskrankenkassen Wiens	19,0	„
Die Allg. Arbeiterkrankenkasse	25,20	„

Aus allen diesen Ausführungen ist ersichtlich, daß das Los der Kassenärzte Oesterreichs kein beneidenswertes zu nennen ist. Die Bezahlung ist schlecht, die Abhängigkeit von Vorständen und noch mehr, wenn auch indirekt, von den Mitgliedern der Kassen ist bedrückend, und eine Aussicht auf Besserung, trotz wohlwollender Worte seitens der Regierung, nur sehr gering. Auch fehlt den Kassenärzten Oesterreichs bisher eine feste Organisation, wenn ihnen auch die übrigen Organisationen, wie Aerztekammern, Zentralverband der Wiener Aerzte u. a. hülfreich zur Seite stehen. Vor allem fehlt es in Oesterreich auch an einem publizistischen Organ, das etwa, wie das Aerztl. Vereinsblatt in Deutschland, die Führung in Standesfragen hat. Hier dürfte zuerst der Hebel anzusetzen sein, um immer weitere Kreise für diesen wichtigen Teil der sozialen Medizin zu interessieren und zu gewinnen.

Der wirtschaftliche Niedergang des ärztlichen Standes scheint in Oesterreich bereits in einem merklichen Nachlaß des medizinischen Studiums sich geltend zu machen. Die Zahl der Mediziner an allen 7 Fakultäten Oesterreichs ist von 5275 im Jahre 1891 auf 2555 im Jahre 1901 gesunken und es kann nicht ausbleiben, daß diese Abnahme der Studierenden sich in einem fühlbaren Aerztemangel bald bemerklich machen wird. Es stellt dies wohl den Rückschlag auf die Ueberfüllung des ärztlichen Standes in Oesterreich dar, die ebenso wie in Deutschland mit der Einführung der Krankenversicherungsgesetzgebung eingesetzt haben dürfte und jetzt allmählich wieder zum Ausgleich gelangt.

Der Kampf der österreichischen Aerzte gegen die Krankenkassen gelangt, ebenso wie anderorts, auf einen toten Punkt, wenn sie von einer Aenderung der Gesetzgebung eine Besserung ihrer Lage erhoffen. Sie finden in der fest gefügten Organisation der Krankenkassen einen Gegner, dem schwer beizukommen ist, und die Regierung steht den ärztlichen Bestrebungen in Worten wohlwollend, aber in Taten sehr kühl und zurückhaltend gegenüber. Sie macht den übrigens von ihrem Standpunkt ganz folgerichtigen Einwand geltend, daß bei einer gesetzlichen Regelung der Aerztefrage in Beziehung zu den Krankenkassen auch die Interessen der übrigen Faktoren berücksichtigt werden müssen und die Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Träger der Krankenversicherung, d. h. der Krankenkassen, nicht außer Acht gelassen werden dürfe. Bei einer gesetzlichen Neuregelung der einschlägigen Fragen seien deshalb die Aufsichtsbehörden über die Krankenkassen ebenso zu hören, wie die zuständigen autonomen Vertretungen des Aerztestandes. (Cf. die Rede des Ministerpräsidenten im Reichsrat am 8. April 1902, cit. bei Ellmann, 7, p. 286).

Hiergegen läßt sich auch ärztlicherseits nichts einwenden. Abzuwarten bleibt dabei nur, wieweit auch die Interessen des ärztlichen Standes nach Anhörung seiner Vertretung werden berücksichtigt

werden. Ein Weg, auf dem beide Parteien zu einer befriedigenden Lösung der streitigen Fragen gelangen könnten, ist bis jetzt noch nicht gefunden.

Literatur.

1) **Zacher**, *Die Arbeiterversicherung im Auslande. H. VII. Berlin 1899.*
2) **Boedtker**, *Die Arbeiterversicherung in den europäischen Staaten. Leipzig 1895.*
3) *Memorandum der österr. Aerztekammern in Angelegenheit d. Krankenversicherungs-Reform. Wien 1901.*
4) *Denkschrift d. österr. Aerztekammern, verf. zuf. Beschlusses des III. Aerztekammertages zu Graz am 2. Okt. 1897. — Brünn, o. J.*
5) *Bericht über d. Resultat, welches die mittelst Fragebogens gepflogenen Erhebungen über d. Verhältnis zwischen d. Kassenärzten u. Krankenkassen in d. Kammersprengel Niederösterreich mit Ausnahme von Wien ergeben haben. — Mödling 1899.*
6) *Rechenschaftsbericht über die Tätigkeit der Aerztekammer für Niederösterreich mit Ausnahme von Wien während ihrer zweiten dreijähr. Funktionsperiode 1897—1900. — Mödling 1902.*
7) **M. Ellmann**, *Die Lage der Aerzte des Verbandes d. Genossenschaftskrankenkassen. Wien. Klin.-Therapeut. Wochenschr., 1902, No. 13/14.*
8) *Derselbe, Das Verhältnis der Aerzte in Oesterreich zu den Krankenkassen. — Mediz. Reform. 1902, No. 29/30.*
9) *Amtliche Nachrichten des K. K. Ministeriums d. Innern, betr. die Unfallversicherung und die Krankenversicherung d. Arbeiter. Wien, seit 1889. — Bericht über 1900 im XIV. Jahrg. v. 1. Juni 1902.*
10) *Memorandum der Aerzte des Verbandes der Genossenschaftskrankenkassen Wiens an die Verbandsleitung. Klin.-Therap. Wochenschr., Wien 1902, No. 13/14.*
11) *Aerztliches Vereinsblatt, Jahrg. 1889, p. 216 u. 258, 1890, p. 68, 1891, p. 91, 1893, p. 395, 1897, p. 133, 1899, p. 457, 1901, p. 500.*
12) **K. Lamp**, *Das Oesterr. Arbeiter-Krankenversicherungsgesetz und die Praxis. Leipzig, Duncker u. Humblot. 1901.*

II. Ungarn.

An Oesterreich schließt sich Ungarn in der Krankenversicherungs-Gesetzgebung unmittelbar an. Mit Deutschland und Oesterreich hat es die Zwangsversicherung der gewerblichen Arbeiter gemeinsam. Es folgte der Gesetzgebung beider genannten Staaten durch den Gesetzartikel XIV vom Jahre 1891 über die Unterstützung im Krankheitsfalle der in Gewerbe- und Fabriksbetrieben beschäftigten, sanktioniert am 9. April 1891, kundgemacht in der Gesetzsammlung am 14. April 1891. Das Gesetz lehnt sich eng an die österreichischen und deutschen Vorbilder an. Wir heben aus demselben das für Aerzte wichtigste hervor:

Als versicherungspflichtig wird bezeichnet jeder ohne Unterschied des Geschlechtes, Alters und der Staatsangehörigkeit, der in Ungarn

a) bei einer unter das Gewerbegesetz fallenden Berufsart,
b) in Berg- und Hüttenwerken,
c) bei größeren Bauten,
d) bei Eisenbahnen, Post, Telegraphen und Telephon,
e) bei Schifffahrt und Schiffbau,
f) bei Frachtgeschäften, Speditionswesen, Magazinen und kaufmännischen Kellereien

gegen einen Lohn beschäftigt ist, der pro Tag 4 fl. (= 6,80 M.) nicht übersteigt und dessen Beschäftigungsdauer mehr als 8 Tage dauert.

Die bei der Seeschifffahrt und Seefischerei beschäftigten Personen fallen nicht unter dieses Gesetz, ebenso die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter (§§ 1—3).

Als versicherungsberechtigt (freiwillige Mitglieder) bezeichnet das Gesetz (§ 4) alle Personen, welche

a) bei einem der oben genannten Betriebe weniger als 8 Tage beschäftigt sind,

b) bei einem der genannten Betriebe mehr als 4 fl. (6,80 M.) täglich oder 1200 fl. (2040 M.) jährlich verdienen,

c) und d) Hausindustrielle und selbständige Gewerbetreibende,

e) landwirtschaftliche Werkführer und Arbeiter,

f) Familienmitglieder der Versicherten,

g) alle Personen, deren Eintritt die Statuten der betreffenden Krankenkasse gestatten.

Als Mindestleistungen muß jede Krankenkasse gewähren (§§ 7—12).

a) Unentgeltliche ärztliche Hilfe durch einen seitens des Vorstandes zu bezeichnenden, zur ärztlichen Praxis berechtigten Arzt, welche Hilfe indes einen zusammenhängenden Zeitraum von 20 Wochen nicht übersteigen darf, ferner Geburtshilfe;

b) Arzneien und ärztliche Hilfsmittel (Brillen, Bruchbänder u. dgl.) ebenfalls 20 Wochen lang;

c) Krankengeld vom Tage der Erkrankung ab, wenn die Krankheit länger als 3 Tage dauert, in Höhe des halben durchschnittlichen Tagelohnes, ebenfalls mindestens 20 Wochen lang;

d) Wöchnerinnenunterstützung, 4 Wochen lang mindestens;

e) Leichenbestattungsbeträge bis zur 20-fachen Höhe des Durchschnittslohnes.

An Stelle der in a—c festgestellten Unterstützungen kann freie Krankenhausverpflegung treten, jedoch bei Versicherten oder in der Familie Lebenden nur mit ihrer Einwilligung oder bei ansteckenden Krankheiten oder wenn die Natur der Krankheit Pflege im Krankenhaus erforderlich macht, sonst unbedingt. Kranke, die sonst Angehörige zu erhalten haben, erhalten für letztere noch ein Krankengeld in halber Höhe des normierten. Die Beförderung in das Krankenhaus muß ebenfalls unentgeltlich geschehen (§ 12).

Die Mindestleistungen können durch Statut noch erweitert werden, und zwar durch:

a) Erhöhung des Krankengeldes bis 75 Proz. des Tagelohnes,

b) Verlängerung der Krankenunterstützung bis zu 1 Jahr,

c) Erhöhung des Beerdigungsbeitrages bis zum 40-fachen des Durchschnittslohnes,

d) Gewährung freier ärztlicher Hilfe und Arznei an die mit den Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienmitgliedern,

e) Gewährung des gesetzlichen Beerdigungsbeitrages beim Tode der letztgenannten.

Von der deutschen Krankenversicherung unterscheidet sich die ungarische, wie die österreichische, wesentlich durch höhere Mindestleistungen. Das Krankengeld beträgt zwar auch nur 50 Proz. des ortsüblichen Tagelohnes (in Oesterreich 60 Proz.), kann aber bis zu 75 Proz. desselben, d. h. bis zu $1^1/_2$ fl. (= 2,55 M.) täglich erhöht werden. Die Unterstützungsdauer beträgt, wie in Oesterreich 20 Wochen, statt unserer 26 Wochen. Dagegen beschränkt Ungarn die Versicherungs-

Pflicht auf einen Lohn oder Gehalt, der unter 4 fl. täglich oder 1200 fl. (2000 M.) jährlich beträgt, stellt aber, wie Oesterreich, die freiwillige Mitgliedschaft jedem frei, der nicht versicherungspflichtig ist. Die in Oesterreich vorgesehene Altersgrenze für die freiwilligen Mitglieder fehlt im ungarischen Gesetz. Wir finden hier also gerade das umgekehrte Verhältnis wie in Deutschland. Während bei uns das Einkommen von 2000 M. die obere Grenze für die freiwillige Mitgliedschaft in Zwangskassen vorstellt, bildet sie in Ungarn die untere Grenze, da alle mit einem geringeren Jahresverdienst versicherungspflichtig sind.

Für die Aerzte ist das ungarische Gesetz noch beschränkender, als seine Vorbilder. Es spricht (§ 7a) wörtlich von ärztlicher Behandlung „durch einen seitens des Vorstandes der Kasse zu bezeichnenden, zur ärztlichen Praxis berechtigten Arzt“, läßt also nicht einmal, wie bei uns, die Möglichkeit einer freien Arztwahl zu. Nähere Bestimmungen über Verträge mit Aerzten u. dgl. sucht man im Gesetz vergebens. Außer der Anstellung bestimmter Aerzte bleibt mithin alles übrige der freien Vereinbarung überlassen.

Von einzelnen Kassenarten kennt Ungarn, ebenso wie Oesterreich, 6:

1) die Bezirkskrankenkassen;
2) die Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasssen;
3) die Baukrankenkassen;
4) die Gewerbekorperationskrankenkassen;
5) die Bergwerksbruderladen;
6) die im Wege privater Vereinigung errichteten (Vereins-) Krankenkassen.

Die Bezirkskrankenkassen bilden wie in Oesterreich die Hauptkassenform, sind rein territorial und umfassen alle Versicherungspflichtigen, die keiner der anderen genannten Kassen angehören. Es existierten im Jahre 1898 111 solcher Kassen mit zusammen 307539 Mitgliedern.

Die Betriebs- und Fabrikkrankenkassen können von Unternehmern, die mindestens 100 versicherungspflichtige Arbeiter beschäftigen, errichtet werden. In besonderen Fällen, speziell bei erhöhter Gefahr für Leben und Gesundheit der Arbeiter, können auch bei geringerer Arbeiterzahl solche Kassen errichtet werden. Solcher Kassen gab es 1898 in Ungarn 183 mit 184726 Mitgliedern.

Gewerbekorporations- (Innungs-) Krankenkassen können von Innungen dann errichtet werden, wenn bei ihnen mehr als 200 Hilfsarbeiter (Gehilfen und Lehrlinge) beschäftigt sind. Im Jahre 1898 bestanden 101 derartige Kassen mit 74282 Mitgliedern.

Die freien Vereinskassen endlich können bei mindestens 200 Mitgliedern und wenn ihre Statuten dem Gesetz genügen, für in die Reihe der durch das Gesetz „anerkannten“ Kassen gehörend erklärt werden und genießen dann dieselben Rechte, wie die sonstigen Kassen. Im Jahre 1898 gab es nur 58 Vereinskassen mit 89715 Mitgliedern.

Die Vereinskassen haben nur freiwillige Mitglieder, die Bezirks- und Betriebskassen neben den zwangsweise beigetretenen auch freiwillige Mitglieder. Endet die zwangsweise Mitgliedschaft, so können die Mitglieder freiwillig so lange in der Kasse bleiben, als sie ihre Beiträge zahlen und in Ungarn sich aufhalten.

Im ganzen hatte Ungarn (1898) 453 Krankenkassen mit 656262 Mitgliedern. Von den 5,3 Millionen M., welche verausgabt wurden, entfielen auf jeden Erkrankten 20 M., auf jeden Krankheitstag 1,20 M., wogegen Oesterreich im selben Jahre 23 M., bezw. 1,35 M. und Deutschland 42 M., bezw. 2,50 M. verausgabte. In Deutschland wird also jährlich fast das doppelte für die Krankenversicherung von dem in Ungarn ausgegebenen Betrage aufgebracht.

Literatur.

1) **Bödiker**, *Die Arbeiterversicherung in den europäischen Staaten, 1895.*
2) **Zacher**, *Die Arbeiterversicherung im Auslande, H. VIII, 1899.*
3) *Derselbe, Leitfaden zur Arbeiterversicherung des Deutschen Reiches, 1901 (Anhang).*
4) **Conrads** *Handbuch der Staatswissenschaften, 2. Aufl., Jena 1898, p. 633 ff.*
5) *Aerztliches Vereinsblatt 1899, p. 525.*
6) **Grotjahn** *und* **Kriegel**, *Jahresbericht, Bd. I, p. 116.*

III. Schweiz.

In der Schweiz bestanden bis zum Jahre 1890, d. h. bis zur Verfassungsänderung vom 26. Oktober 1890, eine große Zahl größerer und besonders kleinerer Krankenkassen, zu denen der Beitritt meist freiwillig war. Im Jahre 1880 wurden deren 890 ermittelt, deren wöchentliche Leistungen zwischen 2 und $24\frac{1}{2}$ Frcs. (1,60 und 20 M.), deren Dauer der Unterstützung zwischen 4 Wochen und 4 Jahren schwankten. Als derartige Kassen werden genannt: Allgemeine Krankenkassen, Kassen für (Hand-, Fabrik-) Arbeiter, Dienstboten etc., Gesellen-, Berufliche-, Fabrik-, Eisenbahn-, Feuerwehr- und Handwerkerkrankenkassen. Die meisten davon gewährten nur Krankengeld, mehrere Arzt und Krankengeld, andere Arzt, Arznei oder Spitalpflege, 3 sogar nur ärztliche Behandlung. Im Jahre 1886 ließen sich bereits 1241 Kassen feststellen, von denen aber nur 949 mit 170884 Mitgliedern genauere Nachweise erbrachten. Auffallend war die oft nur geringe Mitgliederzahl einzelner Kassen; mehr als die Hälfte derselben hatten unter 100, fast der 7. Teil weniger als 36 Mitglieder. Die Unterstützung dauerte meist nur bis zu 3 Monaten, begann gewöhnlich schon am 1. Tage der Krankheit und überschritt nur bei 175 Kassen 6 Monate. Im ganzen waren zu dieser Zeit nur knapp 200000 Arbeiter versichert, was kaum den 3. Teil der wirklich Versicherungsbedürftigten darstellte.

Es machte sich daher Ende der 80er Jahre in der Schweiz ein allgemeines Bedürfnis nach Reform der Versicherung geltend und der Bundesrat kam diesen Wünschen durch das „Bundesgesetz betreffend die Kranken- und Unfallversicherung mit Einschluß der Militärversicherung vom 5. Oktober 1899“ nach, das in 400 Artikeln die ganze Materie nach deutsch-östrreichischen Vorbilde auf dem Wege der obligatorischen Versicherung regelte und vom Nationalrate (2. Oktober 1899), vom Ständerate (5. Oktober 1899) und vom Bundesrate (6. Oktober 1899) nach fast 10-jähriger Arbeit fertiggestellt und angenommen war. Um Gesetzeskraft zu erlangen,

mußte der Entwurf aber noch, da dies mehr als 30000 Schweizerbürger verlangt hatten, der allgemeinen Volksabstimmung unterworfen werden, und diese führte am 20. Mai 1900 zur Ablehnung des ganzen Gesetzes mit 337575 gegen 146629 Stimmen; das also gefallene Gesetz wäre sonst am 1. Januar 1903 in Kraft getreten.

Nun ist aber durch einen Zusatz zur Bundesverfassung (Art. 34 bis), der von der Bundesversammlung und durch Volksabstimmung angenommen ist und daher Gesetzeskraft hat, bestimmt worden[1]: „Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einrichten, unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen. Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären".

Es ist deshalb wohl anzunehmen, daß das vorliegende Gesetz über kurz oder lang wiederkommen und dann auch Gesetzeskraft erlangen wird. Vorschläge, dies zu beschleunigen, sind unter anderen von Prof. Beck auf der Versammlung der schweizerischen statistischen Gesellschaft im Oktober 1901 gemacht worden, der anrät, eine öffentliche Umfrage, die sich an alle stimmfähigen Bürger wendet, über die Kranken- und Unfallversicherung zu veranstalten[2]).

Da der Entwurf auch in ärztlicher Hinsicht manches Interessante und von den übrigen Krankenversicherungsgesetzen abweichende enthält, so ist ein näheres Eingehen darauf wohl am Platze.

Als versicherungspflichtig gelten alle unselbständig erwerbenden Personen männlichen oder weiblichen Geschlechtes, die in inländischen Betrieben arbeiten, sowie Dienstboten vom vollendeten 14. Altersjahre an, sofern ihre Beschäftigung nicht weniger als eine Woche dauert. Auch die Angestellten und Bediensteten der öffentlichen Verwaltungen sind versicherungspflichtig, wenn ihr Jahreseinkommen unter 5000 Frcs. (4000 M.) beträgt; dasselbe gilt für Direktoren und höhere Angestellte von Privatbetrieben, während Lehrlinge, Volontärs und Praktikanten zu versichern sind, auch wenn sie keinen Gehalt beziehen. Der Versicherungszwang kann ausgedehnt werden auf Tagelöhner und Hausindustrielle durch Beschluß jeder Gemeinde.

Nichtversicherungspflichtige können bei den Kassen der obligatorischen Versicherung als freiwillige Mitglieder eintreten, wenn sie zur Zeit der Anmeldung gesund sind und das Alter von 45 Jahren noch nicht erreicht haben.

Als Organe der obligatorischen Versicherung fungieren:

1) die Kreiskrankenkassen,
2) die Betriebskrankenkassen.

Im allgemeinen darf niemand gleichzeitig Mitglied von mehreren Krankenkassen zugleich sein, gleichviel ob es sich um öffentliche oder eingeschriebene Kassen handelt.

Die Kreiskrankenkassen umfassen je einen Versicherungskreis; jeder Kanton bildet einen oder mehrere solcher Kreise mit wenigstens 2000 Einwohnern. Die Mitgliedschaft ist obligatorisch für alle Versicherungspflichtige, die keiner Betriebs- oder eingeschriebenen Krankenkasse angehören. Freiwillige Mitglieder sind entweder voll- oder halbversichert. Erstere haben Anspruch auf Krankenpflege und Krankengeld, letztere nur auf Krankenpflege. In Erkrankungsfällen

1) Zacher, l. c. p. 18.
2) Zeitschr. f. Sozialwiss. 1901, p. 746.

hat der Erkrankte sich binnen 2 Tagen bei seinem Arbeitgeber, dessen Stellvertreter oder einer Meldestelle der Kasse zu melden. Der Vorstand der Kasse trifft dann fortdauernd die nötigen Anordnungen zur Behandlung sowie zur Feststellung des Krankheitsverlaufes. Er kann jeder Zeit ein ärztliches Zeugnis über das Befinden des Kranken einfordern, sich selbst davon überzeugen und den Genesenden aufgeben, sich zur Kontrolle einzufinden. Aerzten und Kontrolleuren ist jeder Zeit der Zutritt zum Kranken zu gestatten. Die Krankenkasse gewährt:

a) vom Beginne der Krankheit an während der ganzen Dauer derselben, jedoch höchstens bis zum Ablauf eines Jahres unentgeltliche ärztliche Behandlung und Arznei, sowie andere Heilmittel, ferner Transport- und Reisekosten.

b) bei voller Erwerbsunfähigkeit vom 3. Tage der Erkrankung an ein tägliches Krankengeld in der Höhe von 60 Proz. des Durchschnittslohnes, bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit entsprechend weniger.

c) Wöchnerinnen, wenn sie mindestens 6 Monate Mitglied der Kasse waren, Ersatz der Kosten des geburtshilflichen Beistandes und Krankengeld, beides bis zur Dauer von 6 Wochen.

d) Sterbegeld von 20—40 Frcs. (16—32 M.)

Artikel 58 lautet:

„Den Mitgliedern der Kreiskrankenkassen oder den Vertretern [1]) steht die Wahl des behandelnden Arztes unter den im Gebiet der Kreiskrankenkasse oder in den angrenzenden Gebieten regelmäßig praktizierenden Aerzten frei.

Der Vorstand kann, auf Kosten der Kreiskrankenkasse, die Zuziehung eines zweiten Arztes auf Antrag des behandelnden Arztes oder des Kranken oder seiner Familie oder des Vertreters gestatten oder von sich aus anordnen und behufs genauer Kontrolle des Kranken die notwendigen Untersuchungen durch den Arzt, gegebenenfalls in Verbindung mit den Krankenbesuchern, vornehmen lassen.

Die Kreiskrankenkasse ist jedoch nicht gehalten, mehr als die tarifmäßigen Gebühren zu bezahlen, oder ungerechtfertigte Kosten zu übernehmen. Mehrkosten gegenüber dem Tarif fallen zu Lasten des Versicherten.

Die Tarife für die Entschädigung ärztlicher Leistungen werden unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse von der zuständigen kantonalen Behörde aufgestellt und unterliegen der Genehmigung seitens des eidgenössischen Versicherungsamtes. Sie dürfen in keinem Falle die ortsüblichen Minimaltaxen überschreiten. Die im Gebiete des Versicherungskreises praktizierenden Aerzte, welche den Tarif annehmen (eingeschriebene Aerzte) sind den Mitgliedern bekannt zu geben.

Aerzten, welche sich einer Kreiskrankenkasse gegenüber Mißbräuche zu schulden kommen lassen, kann die zuständige kantonale Behörde, auf Antrag des Vorstandes einer Krankenkasse oder von sich aus, nach Feststellung des Mißbrauches und nach Anhörung von Sachverständigen, das Recht, Versicherte auf Rechnung der öffentlichen Krankenkassen ärztlich zu behandeln, für eine bestimmte Zeit entziehen.

Gegen einen solchen Beschluß ist innerhalb 20 Tagen seit der schriftlichen Mitteilung die Beschwerde an den Bundesrat zulässig.

Der Beschluß wird nach erlangter Rechtskraft veröffentlicht.

Als Aerzte im Sinne dieses Artikels gelten solche, welche den eidgenössischen Befähigungsausweis besitzen."

Die Arzneien können aus jeder beliebigen öffentlichen Apotheke bezogen werden.

An Stelle der genannten Leistungen tritt, in der Regel jedoch nur mit Zustimmung der Kranken und seiner Angehörigen, die Ver-

---

1) Unter „Vertretern" versteht das Gesetz Personen, die für jedes freiwillige Mitglied, welches nicht eignen Rechtes ist, ernannt werden. Die Ernennung des Vertreters, der ein im Gebiet der Kreiskrankenkasse wohnhafter zahlungsfähiger Mann sein muß, geschieht durch die am Wohnort des Mitgliedes zuständige Vormundschaftsbehörde (Art. 43).

bringung und Verpflegung des Kranken in eine Heilanstalt; ohne deren Zustimmung auch da, wo das Gesundheitsinteresse des Kranken oder des Genesenden es erheischt. Hat der Kranke sich sein Leiden durch ein Vergehen oder „auf arglistige Weise“ zugezogen, und war er dabei zurechnungsfähig, so kann er des Anspruchs auf die Kassenleistungen für diese Krankheit ganz oder teilweise verlustig erklärt werden. Bei grober Fahrlässigkeit kann das Krankengeld auf die Hälfte gekürzt werden. Für Krankheiten, die schon bestanden, als das Mitglied in die Kasse eintrat, können die Leistungen der letzteren eingestellt werden.

Die Beiträge werden zur Hälfte vom Versicherten, zur Hälfte vom Arbeitgeber in Prozenten des Lohnes aufgebracht; der Rest der Kosten wird durch Staatszuschuß (den sogen. „Bundesrappen“) gedeckt. Die Berechnung der Beiträge ist ziemlich kompliziert. Sie geschieht einesteils nach 10 Lohnklassen, die von weniger als 1 Frcs. bis zu 7 Frcs. 50 Cent. täglich abgestuft sind, andernteils nach dem Umstand, ob es sich um vollversicherte oder halbversicherte Mitglieder handelt.

Während der Krankheit ruht die Beitragspflicht der Mitglieder.

Zu den Obliegenheiten des Vorstandes gehört unter anderen auch die Bestellung von Krankenbesuchern und Krankenbesucherinnen.

Die Betriebskrankenkassen können für Betriebe mit mindestens 100 Versicherungspflichtigen auf Antrag des Unternehmers und im Einverständnis mit den zu Versichernden errichtet werden. Bei Betrieben mit hoher Erkrankungs- oder Unfallgefahr kann die Errichtung einer Betriebskasse auch gegen den Willen der Beteiligten angeordnet werden, worüber die kantonale Aufsichtsbehörde entscheidet.

Der Betriebskasse gehören sämtliche im Betriebe beschäftigte Personen obligatorisch an, sofern sie nicht Mitglieder einer eingeschriebenen Krankenkasse sind (s. unten).

Die Leistungen der Kasse entsprechen im übrigen ganz den für die Kreiskrankenkassen festgesetzten Normen.

Als Beschwerdeinstanzen der beiden genannten öffentlichen Kassenarten gelten:

1) die kantonale Aufsichtsbehörde,
2) das eidgenössische Versicherungsamt,
3) der Bundesrat.

Als 3. Kassenart führt das Gesetz schließlich noch die freien Kassen auf. Zu denselben gehören alle in der Schweiz befindlichen Hilfskassen, die jedoch fortab der staatlichen Aufsicht unterliegen. Jede freie Kasse, welche wenigstens die Mindestleistung der öffentlichen Kassen gewährt, kann sich an der obligatorischen Krankenversicherung beteiligen und einen Anspruch auf den Staatszuschuß („Bundesrappen“) erheben. Sie heißen alsdann „eingeschriebene Krankenkassen.“

Ihre Auflösung kann verfügt werden, wenn in ihrem Betriebe trotz erfolgter Mahnung wiederholt grelle Mißstände zu ungunsten eines versicherungspflichtigen Mitgliedes oder eines Einzahlungspflichtigen oder einer öffentlichen Krankenkasse oder der eidgenössischen Unfallversicherungsanstalt zu Tage getreten sind.

Aus vorstehenden Ausführungen ist ersichtlich, daß das Gesetz sich im großen und ganzen an seine Vorbilder in Deutschland und Oesterreich anlehnt. Statt der gewerblichen Organisation, die das

deutsche K.V.G. besitzt, hat es die territoriale Organisation bevorzugt, was ja allerdings zu einer wesentlichen Vereinfachung der einzelnen Kassenarten führt. Die schweizerischen Kreiskrankenkassen entsprechen unserer G.K.V. und unseren Ortskrankenkassen. Die freiwillige Mitgliedschaft ist, ebenso wie in Oesterreich, unbegrenzt in Bezug auf das Einkommen; als Bedingung wird nur Gesundheit und ein Lebensalter unter 45 Jahren (in Oesterreich 35 Jahre) gefordert.

Ganz neu und bisher in der Krankenversicherungsgesetzgebung außer Luxemburg einzig dastehend sind die Bestimmungen über die ärztliche Behandlung (S. 202), auf die deshalb besonders verwiesen sei. Das schweizerische Gesetz war das erste, das die bedingte freie Arztwahl für die Versicherten aufgenommen hatte und zugleich spezielle Bestimmungen für ihre Durchführung enthielt. Die Festsetzung der Bezahlung soll allerdings ohne Hinzuziehen einer ärztlichen Standesvertretung stattfinden. Die Tarife werden von der kantonalen Behörde aufgestellt und vom Versicherungsamt genehmigt. Aber das Gesetz spricht doch wenigstens von „Aerzten", macht die Berechtigung, an einer Krankenkasse zu praktizieren, vom eidgenössischen Befähigungsnachweis, d. h. der schweizer Approbation, abhängig und gibt bestimmte Vorschriften über das Verhalten der zur Kassenbehandlung zugelassenen „eingeschriebenen" Aerzte. Das ist wenigstens ein Schritt weiter auf dem Wege zur Anerkenntnis, das die Aerzte sozusagen auch zur Durchführung der Krankenversicherungsgesetzgebung gehören und für sie und ihre Tätigkeit auch ein Platz im Gesetz sein sollte. Ob man Anhänger oder Gegner der freien Arztwahl ist, zu bedauern bleibt auf alle Fälle, daß der schweizer Entwurf noch nicht Gesetz geworden ist, da seine Durchführung die Aerzte und die Regierungen darüber hätte belehren können, zu welchen Resultaten eine gesetzliche Festlegung einer bestimmten Behandlungsart der Kassenmitglieder durch Aerzte führt. Es bleibt nur zu hoffen, daß der schweizer Entwurf in absehbarer Zeit doch noch Gesetz werden möge, damit die so mühsame und sorgfältige Arbeit eines Jahrzehnts, die im Prinzip ja durchweg den vom schweizer Volk selbst gewünschten Grundsätzen der obligatorischen Krankenversicherung entspricht, nicht umsonst gewesen sei.

In der Schweiz sind Regierung und Volk von sich aus zu dieser Erkenntnis gekommen. Eine ärztliche Standesorganisation hat bis vor Kurzem überhaupt nicht existiert. Erst seit Oktober 1901 besteht eine „schweizerische Aerztekammer", die aus der Vereinigung zweier ärztlicher Vereine, des Schweizer ärztlichen Zentralvereins und der Société médicale de la Suisse romande, hervorgegangen und durch Delegierte dieser Vereine gebildet wird[1]). Sie hat die Wünsche der Schweizer Aerzte in Fragen der öffentlichen Gesundheits- und Krankenpflege den jeweiligen kompetenten Behörden zu unterbreiten und die Interessen des ärztlichen Standes wahrzunehmen. An den Vorberatungen zum K.V.G. konnte sie sich mithin noch nicht beteiligen.

Neuerdings (April 1903) machen sich wieder Bestrebungen zur Verstaatlichung der ärztlichen Praxis bemerkbar. Ob überall oder nur in einzelnen Kantonen, darüber soll die Volksabstimmung entscheiden. Schon einmal wurde dem Schweizer Volk ein derartiges Gesetz zur Abstimmung vorgelegt, aber es verwarf es

1) Aerztliches Vereinsblatt 1902, No. 466, S. 79.

damals. Gegenwärtig finden neue Vorbereitungen statt, und man will das betreffende Gesetz so formulieren, daß jeder Kanton den ärztlichen Dienst nach seinem Ermessen einrichten kann. So hofft man das am sichersten durchzubringen. Auf der allgemeinen Delegiertenversammlung schweizerischer Krankenkassen in Olten beantragte der Referent der Züricher Krankenkassen unentgeltliche ärztliche Hilfe für alle Einwohner und freie Lieferung der Heilmittel. Das Züricher Komitee beantragte, die Bundesbehörden sollten jedem Kanton auf den Kopf der Bevölkerung etwa 2 M. ausbezahlen, wogegen die Kantone sich verpflichteten, ihren Einwohnern — und zwar in erster Linie den unbemittelten — unentgeltliche ärztliche Besorgung und die nötigen Heilmittel zur Verfügung zu stellen. Die erforderlichen Mehrkosten habe der einzelne Kanton zu tragen. Die Kantone könnten fix besoldete Staatsärzte anstellen oder mit frei praktizierenden Aerzten Verträge abschließen, oder sie könnten den ärztlichen Dienst den Gemeinden unter Zuwendung der entsprechenden Geldquote überweisen. Dagegen sind die Krankenkassen der welschen Schweiz gegen die Verstaatlichung der Krankenpflege. Was den Staatsarzt anbetrifft. so kann der Referent dieser Gruppe der Krankenkassen daran keinen Geschmack finden. Liebe und Hingebung für seine Kranken wird vom Arzt gefordert. Die Staatsversicherung und der Staatsarzt befördern diese Gefühle in keiner Weise. Der Berner Vermittelungsantrag, der schließlich angenommen wurde, verlangt vom Staate Beiträge an die Kantone. Diese können dann unentgeltliche ärztliche Hilfe oder Krankengeld oder beides zugleich gewähren. Die Schweizer Aerzte sind in ihrer Gesamtheit gegen die Verstaatlichung, sie fürchten für ihre Freiheit und erwarten Zustände, wie sie bei den Zwangskassenärzten in Deutschland und bei den Poliklinikenärzten in Basel zu finden sind. Trotzdem wird zugegeben, daß das Einkommen eines großen Teiles der Schweizer Aerzte bei der Verstaatlichung sich heben würde. Die Schweizer Aerzte nehmen an, daß die „Institution des Staatsarztes im Widerspruch steht mit dem Geist des ärztlichen Berufes, der einzig und allein auf das Zutrauen zwischen Arzt und Patient basiert ist, und ohne Freiheit ist Zutrauen nicht denkbar“.

Literatur.

1) **Bödiker,** *Die Arbeiterversicherung in den europäischen Staaten, 1895.*
2) **Conrads** *Handwörterb. der Staatswissensch., 2. Ausg. 1898, Bd. I, S. 588 u. 694.*
3) **Zacher,** *Die Arbeiterversicherung im Auslande, Heft 9, 1899.*
4) **Mugdan,** *Deutsche med. Wochenschr. 1899, No. 8, S. 133.*

IV. Luxemburg.

An Ungarn und die Schweiz reiht sich zweckmäßig zunächst Luxemburg, das seit 1901 ebenfalls die Zwangsversicherung eingeführt hat und ebenso, wie die Schweiz, gesetzlich die freie Arztwahl den Versicherten überläßt.

Luxemburg, das dem deutschen Zollverein angehört und seine Arbeitskräfte vielfach aus den Nachbarländern Deutschland, Belgien

und Frankreich bezieht, sah sich bald nach Einführung der deutschen Arbeiterversicherung veranlaßt, auch seinerseits in dieser Hinsicht gesetzgeberisch vorzugehen. Ein Versuch, im Jahre 1887 bereits die Zwangsversicherung einzuführen, scheiterte zunächst. Dafür wurde am 11. Juli 1891 das Gesetz, betr. die auf Gegenseitigkeit beruhenden Hilfskassen (Sociétés de secours mutuels), erlassen, das diesen Kassen staatliche Anerkennung zusicherte, wenn sie bestimmte Bedingungen erfüllten. Hierzu wurden gerechnet ärztliche Behandlung der Kranken oder verletzten Mitglieder, sowie deren Familien, Entschädigung bei Arbeitsunfähigkeit, Begräbniskosten und Entschädigung der Familie des Verstorbenen etc. Alle diese Leistungen müssen in den Statuten enthalten sein; Lebensrenten dürfen von den staatlich anerkannten Hilfskassen nicht gezahlt werden. Während in diesem Gesetze sich Luxemburg in Bezug auf die freiwillige Versicherung den Nachbarstaaten Belgien und Frankreich anschloß, kam die Regierung in ihren neuen Entwürfen über die Kranken- und Unfallversicherung dem Beispiel Deutschlands betr. der Zwangsversicherung nach. Der erste Entwurf hierzu ging der Abgeordnetenkammer seitens der Regierung am 25. Oktober 1897 zu. Die beiden Gesetzentwürfe wurden dann wiederholt von der Zentralsektion der Kammer und dem Staatsrat beraten und abgeändert, und erst im Jahre 1901 der Entwurf über die Krankenversicherung als Gesetz vom 31. Juli 1901, betr. die Krankenversicherung der Arbeiter, publiziert.

Aus den Verhandlungen der Zentralsektion sei hier hervorgehoben, daß dieselbe vorgeschlagen hatte, die Bestimmungen des Entwurfs, wonach die Krankenkassen befugt sein sollten, behufs Behandlung der Kassenmitglieder mit Aerzten, Apothekern und Krankenhäusern Verträge abzuschließen, dahin abzuändern, daß jede Krankenkasse nur mit einem Arzt kontraktieren dürfe, im übrigen aber jedes Mitglied berechtigt sein solle, sich an den Arzt seiner Wahl zu wenden. Doch sollte letzterer nur die Honorarsätze beanspruchen dürfen, welche die Kasse ihrem eigenen Arzt zu zahlen hätte. Hiergegen hatte der Staatsrat mit Recht Bedenken.

Er schlug vor, der Kasse die Freiheit zu lassen, mit allen Aerzten, Apothekern und Krankenhäusern ihres Bezirks zu kontraktieren, aber den Mitgliedern nur die Wahl unter den hiernach engagierten Kassenärzten frei zu lassen, sogen. bedingte freie Arztwahl.

Nach dem jetzt gültigen luxemburgischen K.V.G. erstreckt sich die Zwangsversicherung auf alle Arbeiter im Gewerbe und Handel, nicht aber in Landwirtschaft und Hauswirtschaft (Dienstboten), während die Hausindustrie mit hineingezogen ist. Von der Versicherungspflicht befreit sind die Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken, dann die Betriebsbeamten, Werkmeister und Techniker sowie Handlungsgehilfen und -Lehrlinge, wenn ihr Arbeitsverdienst 3000 Frcs. (2400 M.) per Jahr nicht übersteigt, endlich Beamte mit festem Gehalt oder Anspruch auf 13-wöchige Krankenversorgung.

Als Träger der Versicherung gelten 3 Arten von Krankenkassen:

1) die anerkannten Hilfskassen in Luxemburg, wenn sie die gesetzlichen Mindestleistungen gewähren,
2) Fabriks- oder Betriebskrankenkassen,
3) Bezirkskrankenkassen.

Versicherungspflichtige, die keiner anerkannten Hilfskasse angehören, müssen in einer der anderen beiden Kassenarten Mitglieder werden. Sie können nach Ausscheiden aus ihrer Beschäftigung freiwillige Mitglieder der Kasse bleiben. Ebenso können alle nicht versicherungspflichtigen Personen freiwillige Kassenmitglieder werden, sofern sie nicht zur Zeit des Eintritts in die Kasse schon krank sind. Andere Beschränkungen der freiwilligen Mitgliedschaft (Alter, Einkommensgrenze etc.) existieren nicht.

Die Bezirkskrankenkassen sollen in der Regel nicht unter 500 und nicht über 1000 Mitglieder, die Betriebskrankenkassen mindestens 50 Mitglieder umfassen. In Deutschland ist für die Ortskrankenkassen bekanntlich die Zahl 100, für die Betriebskassen ebenfalls 50 als Minimum der Mitgliederzahl bestimmt. (§§ 16 u. 60 K.V.G.)

Die Statuten der Bezirkskrankenkassen werden von der Regierung entworfen und der Begutachtung einer Versammlung unterworfen, welche aus Vertretern der Arbeiter, sowie aus deren Arbeitgebern besteht und in der ein Regierungskommissar den Vorsitz führt. In den Statuten müssen u. a. Bestimmungen enthalten sein über die Natur und den Umfang der Unterstützungen und, nach vorhergehender Begutachtung des Medizinalkollegiums, über die allgemeinen Vorschriften, welche den Kassenmitgliedern die freie Arzt- und Apothekerwahl sichern sollen.

Die von der Kasse gewährten Unterstützungen stimmen fast wörtlich mit den von der Gemeindekrankenversicherung in Deutschland geleisteten überein; (§ 6 K.V.G.) nur kommt, wie bei unseren Ortskrankenkassen, eine Unterstützung an Wöchnerinnen für die Dauer von 4 Wochen und ein Sterbegeld im 20-fachen Betrage des durchschnittlichen Tagelohns, jedoch mindestens 40 Frcs. (32 M.), höchstens 80 Frcs. (64 M.) hinzu. Eine Erweiterung der Leistungen, darunter solche für erkrankte Familienmitglieder, ist zulässig. Der auf die ärztliche Behandlung bezügliche Art. 21 des Gesetzes lautet wörtlich:

„Zur freien Kur ihrer Mitglieder kann die Krankenkasse besondere Aerzte, Apotheker und Krankenhäuser bestellen. Dennoch steht jedem Mitglied das Recht zu, sich Arzt und Apotheker frei zu wählen. Doch dürfen letztere keine höheren Gebühren in Rechnung bringen, als die Kasse ihren eignen Aerzten, bezw. Apothekern geschuldet hätte, und müssen dieselben sich den durch das Statut, bezw. durch den Vorstand erlassenen Verfügungen unterwerfen."

Als Beispiel für solche durch das Statut fixierte Bestimmungen führte Staatsrat H. Neumann[1]) auf dem internationalen Arbeiterversicherungskongreß in Düsseldorf die folgenden an:

„Zwecks der freien ärztlichen Behandlung der Kranken und Lieferung der Arzeneien hat der Kassenvorstand mit den Aerzten, Apothekern, Drogisten und, wenn tunlich, mit Krankenhäusern schriftliche Verträge abzuschließen, und zwar in doppelter Ausfertigung und höchstens für die Dauer von 3 Jahren. Diese Verträge müssen folgenden Bedingungen entsprechen:

1) Außer den kontrahierenden Aerzten und Apothekern werden alle zur Ausübung der Heilkunde im Großherzogtum zugelassenen Aerzte und Apotheker, welche den Vertragsbestimmungen schriftlich beistimmen, in eine laufende, gemäß Art. 68 zu veröffentlichende Liste eingetragen.

2) Beim Eintritt jeder Krankheit hat der Kranke das Recht, aus dieser Liste einen Arzt und einen Apotheker zu wählen. Eine Abänderung an dieser Wahl während dem Laufe derselben Krankheit ist nur mit Genehmigung des Präsidenten des Kassenvorstandes zulässig.

---

1) Cit. in Mediz. Reform. 1902, No. 27, p. 249.

3) Die Bezahlung aller zugelassenen Aerzte erfolgt nach einem durch die Generalversammlung, nach Anhörung des Medizinalkollegiums, zu bestimmenden Modus.

4) Alle Reisekosten, welche im Interesse von Kassenmitgliedern und anderen nicht zur Kasse gehörenden Klienten verursacht werden, sind der Kasse im Verhältnis der Gesamtzahl der im Laufe derselben Reise besuchten Kranken zu vergüten.

In Rechnung werden nur die im Bezirke der Kasse ausgeführten Reisen gebracht, sofern der Kassenvorstand nichts anderes bestimmt hat.

5) Beim Verordnen der Arzeneien, der Mineralwasser, der Weine, der Bruchbänder und aller anderen Heilmittel beobachten die Aerzte die durch die Regierung zwecks Behandlung der auf Kosten der Armenpflege behandelten Kranken getroffenen Bestimmungen, sowie die durch den Kassenvorstand, nach Anhörung des Medizinalkollegiums, zu erlassenen Vorschriften.

6) Der Kassenvorstand ordnet eine Krankenüberwachung an, welcher sich alle Aerzte ohne Ausnahme zu unterwerfen haben.

7) Die Apotheker müssen der Kasse die Arzneimittel, Weine, Mineralwasser, Bruchbänder und alle anderen Heilmittel mindestens zu denselben Bedingungen wie den Armenbureaus liefern.

8) Die in einem der Kasse nicht zugehörigen Krankenhause behandelten Kranken haben sich den Vorschriften der Anstalt zu unterwerfen.

9) Sofern die Heilkunstverständigen die sie betreffenden Bestimmungen nicht gewissenhaft befolgen, kann der Kassenvorstand dieselben wegen schwerer Pflichtwidrigkeiten dem Medizinalkollegium zur Verhängung von Disziplinarstrafen anzeigen.

Die Generalversammlung kann ebenfalls die durch die Disziplinarbehörde unwiderruflich wegen gröblichen Pflichtverkennens verurteilten Heilkunstverständigen von der sub 1 bezeichneten Liste ausstreichen.

Das Verhältnis ist mithin umgekehrt wie in Deutschland. Während bei uns den Mitgliedern nur in dringenden Fällen (K.V.G. § 6a, Ziffer 6) die freie Wahl des Arztes und der Apotheken frei steht, für gewöhnlich die Kasse jedoch nur bestimmte Aerzte zu bezahlen braucht, kann in Luxemhurg die Kasse zwar auch bestimmte Aerzte anstellen, muß aber den Mitgliedern die Wahl des Arztes frei stellen, wenn letzterer die Mitglieder zu denselben Bedingungen behandeln will, wie die angestellten Kassenärzte.

Die Beiträge fallen, wie bei uns $^2/_3$ den Versicherten und $^1/_3$ den Arbeitgebern zur Last.

Mehrere Bezirkskrankenkassen können sich zu einem Verbande vereinigen, zwecks Anstellung eines gemeinsamen Rechnungs- und Kassenführers, Abschließung gemeinsamer Verträge mit Aerzten, Apothekern und Krankenhäusern, sowie Anlage und Betriebes gemeinsamer Anstalten zur Heilung und Verpflegung erkrankter Mitglieder.

Die Bestimmungen über die Fabrik- (Betriebs-) Krankenkassen decken sich im wesentlichen mit denen des deutschen K.V.G.

Erfahrungen über die Luxemburger Krankenversicherung liegen in der mir zugänglichen Literatur bisher nicht vor. Es bleibt abzuwarten, ob der ärztliche Stand mit den durch das Gesetz geschaffenen Verhältnissen günstigere Erfahrungen machen wird, als in anderen Ländern mit Zwangsversicherung. Daß es auch in Luxemburg schon Differenzen gegeben, geht aus einem Bericht aus einer Kammersitzung des letzten Jahres hervor. Wie die „Luxemb. Ztg.“ berichtet, richtete der Abgeordnete WELTER — den das Blatt dabei der übertriebenen Schroffheit bezichtigt — eine Interpellation an die Regierung, die sich in der Hauptsache als Protest dagegen kennzeichnet, daß „einzelne Krankenkassen von oben herunter veranlaßt wurden, ihren Mitgliedern nur für sich, nicht aber für ihre Frauen und Kinder die freie Wahl des Arztes zuzugestehen“. Der Staatsminister EYSCHEN entgegnete mit einer Kritik des Vorgehens der Aerzte, die den Krankenkassen als geschlossenes Syndikat entgegentreten und ihnen bestimmte Honorarsätze, die er als übertrieben bezeichnet, aufdrängen wollen. Seine Rede

klingt in die Drohung aus, daß es „legislative Mittel gibt, um etwaigen Mißbräuchen in dieser Beziehung vorzubeugen“. Die Physiognomie des Hauses schien indes nicht darauf zu deuten, als ob es eventuell für diese „legislativen Mittel“ zu haben wäre, denn der Minister stand während der ganzen Debatte allein; fast alle Mitglieder, die in die Debatte eingriffen, stellten sich mehr oder weniger entschieden auf den Standpunkt, den Herr Welter vertrat: daß den Aerzten ein anständiges Honorar gesichert werden muß, um auf der anderen Seite den Kranken eine sorgfältige Behandlung zu gewährleisten, und daß in der Frage der freien Aerztewahl das Kassenmitglied nicht von seiner Familie getrennt werden darf.“

Literatur.

1) ***Zacher***, *Leitfaden zur Arbeiterversicherung des Deutschen Reiches, Berlin 1901.*
2) ***Zacher***, *Die Arbeiterversicherung im Auslande, H. XIV, Berlin 1901.*
3) *Medizin. Reform, 1902, No. 27.*

V. Schweden und Norwegen.

In Schweden besteht für alle Zweige der Arbeiterversicherung noch die freiwillige Versicherung. Eine vom König im Jahre 1884 eingesetzte Kommission hatte zwar für die Unfall- und Altersversicherung die Zwangsversicherung vorgeschlagen, während sie bei der Krankenversicherung nur das schon bestehende freiwillige Krankenkassenwesen näher regeln und staatlich unterstützen wollte. Doch lehnte der Reichstag die beiden Zwangsversicherungs-Gesetzentwürfe ab. Die Krankenkassenvorlage dagegen gelangte im Mai 1891 zur Annahme und regelte die jetzige Krankenversicherung in Schweden.

Im Jahre 1884 bestanden in Schweden 1049 Kassen, von denen 870 Kranken- und Begräbniskassen, 86 reine Krankenkassen und 93 reine Begräbniskassen waren. Die Krankenkassen zahlten an Krankenunterstützung durchschnittlich täglich pro Kopf 3,87—5,47 Kr. (4,35 bis 6,15 M.), gaben aber für Arzt und Arzenei zusammen nur durchschnittlich 0,38—0,51 Kr. (0,43—0,57 M.) täglich aus.

Das erwähnte Gesetz über Krankenkassen vom 30. Oktober 1891 führt den Titel: „Lag om sjukkassor“ und bestimmt im § 1, daß eine Vereinigung zur Einführung von Krankenunterstützung, eine Krankenkasse, mindestens 25 Mitglieder haben muß und, wenn sie in Uebereinstimmung mit vorstehendem Gesetz Statuten errichtet und einen Vorstand einsetzt, „eingetragen“ werden kann. Das Gesetz bestimmt nur im allgemeinen, was die Statuten zu enthalten haben, z. B. Zweck der Kasse, Beschaffenheit und Höhe der Unterstützung etc., läßt aber sonst alles offen, so daß beispielsweise über die Art der ärztlichen Behandlung nichts daraus zu erfahren ist. Ueber die Wirksamkeit der also errichteten Kassen sei nur erwähnt, daß die Zahl der eingeschriebenen Krankenkassen von 221 im Jahre 1892 auf 572 im Jahre 1895 stieg. Die Zahl der Mitglieder, worüber 523 Kassen Angaben gemacht haben, betrug in letzteren im Jahre 1895 = 64967 und die Zahl der Erkrankungsfälle = 15860.

In Norwegen liegen tatsächlich die Verhältnisse ähnlich wie in der Schweiz. Die von der Regierung eingesetzte Kommission zum Studium der Arbeiterversicherung hat 1890 mehrere Gesetzentwürfe vorgelegt, die auf dem Boden der Zwangsversicherung die Kranken- und Unfallversicherung regeln sollen. Doch wurden nur die Entwürfe, betr. die Unfallversicherung, zum Gesetz, während die Krankenversicherung bisher noch offen geblieben ist.

Im Jahre 1885 wurden 69 Kranken- und Begräbniskassen, 93 reine Kranken- und 13 reine Begräbniskassen, also zusammen 175 Kassen gezählt, die zusammen 26963 Mitglieder hatten. Die Ausgaben pro Kopf betrugen durchschnittlich

für Krankenunterstützung	2,93—3,90 Kr.	(3,30—4,39 M.)
„ Arznei	0,68—3,79 „	(0,76—4,26 „)
„ Arzt	1,36—3,27 „	(1,53—3,68 „)

Der Gesetzentwurf beantragte, als Träger der obligatorischen Versicherung eine „Landes-Krankenkasse“ zu errichten mit Unterabteilungen in den einzelnen Gemeinden. Als Versicherungspflichtige sollen alle gewerblichen Arbeiter und Betriebsbeamte mit einem Jahresverdienst bis zu 1200 Kr. (1350 M.) gelten, ferner das städtische Gesinde und event. auch das ländliche Gesinde. Ausgeschlossen von der Zwangsversicherung bleiben mithin die Land- und Forstarbeiter, Seeleute und Fischer. Die freiwillige Versicherung sollte allen Personen mit Jahresverdienst bis zu 2000 Kr. (2250 M.) gestattet sein. Als Mindestleistungen der Landeskasse hatte die Kommission nur die Gewährung von Krankengeld vorgeschlagen. Die Regierung änderte dies dahin ab, daß auch freie Arzthilfe, wenigstens in den Städten, zu gewähren sei, nicht aber freie Arznei. An Stelle dieser Leistungen konnte freie Kur und Pflege in einem Krankenhause treten.

Der Beitrittszwang zur Landeskasse sollte im übrigen fortfallen, wenn der Versicherungspflichtige einer Privatkasse angehörte, die ihre Statuten den Anforderungen des Gesetzes angepaßt und die staatliche Bestätigung erhalten hatte.

Literatur.

1) **Conrad**, *Handwörterb. d. Staatsw., Jena 1890, I, S. 477 ff. u. 582 ff.*
2) **Bödtker**, *Die Arbeiterversicherung in den europäischen Staaten. Leipzig 1895.*
3) **Zacher**, *Die Arbeiterversicherung im Auslande, II. 2 u. 3, Berlin 1898.*

VI. Dänemark.

Die Krankenversicherung in Dänemark ist geregelt durch das „Gesetz über anerkannte Krankenkassen“ vom 12. April 1892 (Lov om anerkendte Sygekasser); dasselbe setzt an Stelle des Versicherungszwanges die staatliche Unterstützung.

Im Jahre 1885 bestanden etwa 1000 Krankenkassen mit 164000 Mitgliedern, was etwa 8 Proz. der Bevölkerung entsprach. Von diesen Kassen gewährten einige nur ärztliche Hilfe, andere nur Krankengeld, kaum der 3. Teil beides zusammen. Die Ausgaben pro Kopf und Jahr betrugen durchschnittlich für Krankengeld 3,74 Kr. (4,21 M.), für Arzt 1,32 Kr. (1,48 M.), für Arzneien etc. 1,02 Kr. (1,15 M.).

Nach dem Gesetz vom Jahre 1892 haben Kassen, welche die Vorschriften des Gesetzes erfüllen, das Recht auf staatliche „Anerkennung“ und damit Unterstützung seitens des Staates. Diese Unterstützung besteht teils in direktem Zuschuß, wofür der Staat jährlich 500000 Kr. (562500 M.) zahlt, teils in indirektem durch die Gemeinden, die einen Teil der Krankenhauskosten und des Krankentransports zu tragen haben.

Eine anerkannte Kasse muß in der Regel mindestens 50 Mitglieder haben.

Mitglieder dieser Kassen können nur folgende Personen werden: Unbemittelte Arbeiter, Häusler, Handwerker und Gewerbetreibende, niedrig gelohnte Bedienstete und ähnliche Personen. Vor dem 15. Lebensjahre darf niemand Mitglied werden. Im Zweifelsfalle, ob jemand das Recht hat, Mitglied zu werden, entscheidet ein Ausschuß, der aus einem vom Gemeindevorstand des betr. Wohnorts, einem vom Kassenvorstand erwählten Mitglied und dem Kassenarzt besteht. Hat die Kasse keinen festen Arzt, so wird ein Arzt für den Beitritt zum Ausschuß angenommen.

In Krankheitsfällen sind zu gewähren:

1) Freie ärztliche Hilfe und Krankenhausbehandlung für die Mitglieder und deren Kinder unter 15 Jahren, soweit sie noch im elterlichen Hause sind.

2) Ein tägliches Krankengeld für die Mitglieder, das nicht weniger als 40 Oere (45 Pf.) täglich und nicht mehr als $^2/_3$ des täglichen Arbeitsverdienstes betragen darf.

Die Krankenunterstützungen beginnen erst von der 7. Woche nach dem Beitritt ab, ausgenommen für Unfälle. Krankengeld wird in jedem Falle erst vom 4. Tage ab nach Beginn der Erkrankung gewährt.

Wenn eine Krankenkasse sich ärztliche Hilfe unter angemessenen Bedingungen nicht sichern kann, so kann ihr vom Minister des Innern, zunächst für 1 Jahr, gestattet werden, dafür erhöhtes Krankengeld zu gewähren.

Die Statuten dürfen ferner gewisse Beschränkungen der Leistungen aufführen, unter denen hervorzuheben sind:

a) daß für eine Krankheit, die nicht über 7 Tage währt, kein Krankengeld gezahlt wird;

b) daß Krankengeld für Trinkerkrankheiten, syphilitische Krankheiten oder Krankheiten, welche von Schlägereien herrühren, nicht gewährt wird;

c) daß kein Krankengeld bezahlt wird, wenn ein Mitglied sich weigert, in ein Krankenhaus zu gehen oder sich der vorgeschriebenen Behandlung zu unterziehen;

d) daß die Mitglieder an Orten, wo die Aerzte ihre Beförderung selbst besorgen, die Fuhrkosten eines verlangten Krankenbesuches bezahlen, welchen der Arzt für unnötig erklärt.

Bei Geburtsfällen kann den Frauen, wenn sie Mitglieder sind, eine Unterstützung zu Teil werden, für die eine runde Summe festgesetzt wird. Bei hinzutretender Krankheit hat sie vom 8. Tage nach der Geburt Anspruch auf die gewöhnliche Krankenunterstützung.

Als Dauer der Krankengeldunterstützung wird ein Zeitraum von mindestens 13 Wochen im Laufe von 12 aufeinanderfolgenden Monaten bezeichnet.

Ueber die bisherigen Wirkungen des dänischen K.V.G. liegen Berichte bis zum Jahre 1901 vor.

In diesem Jahre bestanden 1171 anerkannte Krankenkassen (darunter 1100 Orts-, 49 Fach- und 22 Fabrikkassen) mit 333028 Mitgliedern. Von den Ausgaben entfielen 40,4 Proz. auf Krankengeld, 6,3 Proz. auf Anstaltspflege, 33,2 Proz. auf Arzt und Fuhren, 11,9 Proz. auf Arznei und 8,2 Proz. auf Verwaltungskosten. Pro Kopf und Jahr betrugen die Krankenkosten (Arzt, Arznei und Krankenhaus) durchschnittlich 6,91 Kr. (ca. $7^3/_4$ M). Die durchschnittliche Unterstützung bei den Krankenkassen betrug pro Mitglied 8,95 Kr. = 1 M., pro Krankentag 1,69 Kr. = 1,88 M. (in Deutschland 17,17 M., bezw. 2,50 M.).

Literatur.

1) **Bödiker,** *Die Arbeiterversicherung in den europäischen Staaten, Leipzig 1895.*
2) **Conrads** *Handwörterbuch der Staatswissenschaften, Jena 1890, Bd. I.*
3) **Zacher,** *Die Arbeiterversicherung im Auslande, Berlin 1898 H. 1.*
4) **Zacher,** *Die Arbeiterversicherung im Auslande, H. 1a, Nachtrag zu H. 1, Berlin 1903.*

VII. Frankreich.

Frankreich ist neben England der Hauptrepräsentant der freiwilligen Versicherung in Europa; die hierauf bezüglichen Organisationen reichen bis in das 18. Jahrhundert zurück. Auch die neuere und neueste Gesetzgebung ist diesem Prinzip treu geblieben und hat nur für die Bergleute eine Ausnahme zugelassen, für die bis zu einem gewissen Jahresverdienst die Zwangsversicherung eingeführt wurde.

Für alle gewerblichen Arbeiter ist die Gesetzgebung den Formen der freiwilligen Organisation gefolgt. Als Träger der Versicherung bildeten sich zunächst gegenseitige Unterstützungsvereine, die in Krankheits- und Sterbefällen ihre Mitglieder unterstützen, aber auch in anderweitigen Notlagen, bei Invalidität, Alter, Tod den Mitgliedern, resp. deren Hinterbliebenen zu Hilfe kamen. Seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts haben die Vereine den offiziellen Titel: Hilfsvereine (Sociétés de secours mutuels) bekommen und bis auf den heutigen Tag behalten. Der Begriff entspricht ungefähr dem unserer freien Hilfskassen, wenn auch die versicherungstechnische Seite der französischen Hilfsvereine von der unserer Krankenkassen in vielen Punkten abweicht. Die Mitglieder der Vereine werden kurz als „mutualistes" bezeichnet, ebenso wie die Vereine auch „sociétés mutualistes" genannt werden, Ausdrücke, die sich im Deutschen kaum wiedergeben lassen. Dem Sinne nach bedeutet „mutualiste" den Aktionär einer Versicherungsgesellschaft. Eine gesetzliche Grundlage erhielten die Hilfsvereine durch das Gesetz vom 15. Juli 1850 und die Dekrete vom 26. März 1852 und 26. April 1856; die erhöhten Anforderungen, welche die Neuzeit an die Versicherungstechnik und die staatliche Aufsicht der Krankenversicherung stellt, machten eine Revision der früheren Gesetzgebung notwendig. Dieselbe führte zu dem organischen Gesetz vom 1. April 1898 (Loi relative aux sociétés de secours mutuels), welches

neben dem erwähnten Bergmannsgesetz die heutige französische Krankenversicherung regelt.

Schon die älteren Gesetze unterschieden neben den freien sogenannten zugelassenen Vereinen (sociétés libres) die anerkannten Vereine (sociétés reconnues), welche Rechtsfähigkeit, Gebührenfreiheit und ähnliche Vorzüge genossen. Zu diesen kam als 3. Art die von der Regierung bestätigten Vereine (sociétés approuvées). Man unterschied in denselben aktive und nur zahlende Ehrenmitglieder (membres participants et honoraires) von denen nur erstere ein Recht auf Unterstützung besaßen. Die Zahl der aktiven Mitglieder war auf höchstens 500 beschränkt. Zweck der Vereine war die Unterstützung erkrankter, verletzter oder siecher Mitglieder sowie Beihilfe zu den Beerdigungskosten.

Das neue Gesetz von 1898 regelt die Bedingungen für die drei Vereinsarten in erweiterter Form. Als Zweck aller derselben wird bezeichnet, ihren aktiven Mitgliedern und deren Familien Hilfe in Fällen von Krankheit, Verletzungen oder Invalidität zu gewähren; aber auch Altersrenten, Versicherungen auf den Lebens- oder Todesfall, sowie gegen Unfälle, ferner Begräbniskosten und Reliktenversorgung können die Vereine gewähren. Ihre Mitglieder zerfallen, wie schon erwähnt, in aktive und Ehrenmitgieder. Letztere können in Fällen von widrigen Schicksalen (revers de fortune) aktive Mitglieder werden. Die Vereine können sich zu Verbänden (unions) zusammenschließen zwecks Abschluß gemeinsamer Verträge, z. B. mit Apotheken, für Rentenversicherungen, bei langwierigen Krankheitsfällen u. dgl.

Die 3 Kategorien von Hilfsvereinen, die das Gesetz anerkannt, sind:
1) freie, (Sociétés libres),
2) genehmigte, (Sociétés approuvées),
3) anerkannte, (Sociétés reconnues), sc. als Einrichtungen von öffentlichem Nutzen.

Die nach dem Gesetz vom 21. März 1884 begründeten Berufsvereine (syndicats professionnels), welche ihren Mitgliedern nach ihren Statuten ähnliche Unterstützungen gewähren wie die Hilfsvereine, genießen dieselben Vorrechte wie diese, wenn sie sich den Vorschriften des Gesetzes von 1898 anpassen.

Die Zahl der Hilfsvereine betrug im Jahre 1895 im ganzen 10588 mit 1583469 Mitgliedern. Ende 1901 wurden bereits 15354 Hilfsvereine mit ca. 2750000 Mitgliedern gezählt, darunter 450000 unterstützende und 2300000 mit Anteilsberechtigung [1]).

Die Gesamtausgaben betrugen 1895 29727000 Frcs. (23781600 M.), von denen 2917363 Frcs. auf Arztkosten, 3593598 Frcs. auf Arzneikosten und 5777962 Frcs. auf Krankengelder, zusammen also 12288923 Frcs. auf die gesamten Krankenkosten entfielen. In Prozenten ausgedrückt betrugen die Kosten für Krankengeld 26,7 Proz., für den Arzt 13,5 Proz., für Arzneien 16,6 Proz. Pro Kopf und Jahr wurde für jeden Kranken ausgegeben für Arzt 10,63 Frcs., für Arznei 14,47 Frcs., für Krankengeld 22 Frcs. Schließlich entfielen für jeden Krankentag für den Arzt 0,65 Frcs., für Arznei 0,88 Frcs., für Krankengeld 1,33 Frcs. Eine besondere Abart der Hilfsvereine sind die 1887 von der Regierung ins Leben gerufenen Schülerversicherungen (Sociétés de secours mutuels scolaires). Dieselben sind von dem früheren Handelsminister CAVÉ begründet und werden

1) Soziale Praxis, 1902, No. 36, p. 957.

nach ihm auch als „petites Cavé“ bezeichnet. Jeder Schüler einer Volksschule, der zwischen 3 und 13 Jahr alt ist, muß wöchentlich 10 Cent. (8 Pfg.) einzahlen, wofür er ein Sparbuch erhält. Von den 10 Cent. werden 5 Cent. für die Krankenfürsorge und 5 Cent. für Altersversicherung verwendet. Der Staat leistet außerdem für jedes Kind jährlich einen Zuschuß von 1 Frcs. pro Kopf.

Diese Schülerversicherungen haben in den letzten Jahren eine große Zunahme erfahren. Während im Jahre 1896 etwa 100 derartiger Vereine existierten, stieg ihre Zahl 1898 schon auf 181 und 1899 auf 778. Ende 1900 bestanden bereits 1200 solcher Schülerhilfsvereine mit rund 600000 Mitgliedern.

Eine besondere Stellung zur Krankenversicherung nehmen die Bergleute in Frankreich ein, für die das Gesetz vom 29. Juni 1894 (loi sur les caisses de secours et de retraites des Ouvriers mineurs) eigene Hilfs- und Pensionskassen geschaffen und den ersten Schritt zur Zwangsversicherung getan hat. Das Gesetz macht den Beitritt zu diesen Kassen obligatorisch; die Hilfskassen dienen für Krankheitsfälle, die Pensionskassen für Alter und Invalidität. Beamte und Arbeiter mit einem Verdienst über 2400 Frcs. (1920 M.) genießen nur bis zu diesem Betrage die Wohltaten des Gesetzes.

Die Beiträge zu den Krankenkassen werden zu $^2/_3$ von den Mitgliedern, zu $^1/_3$ von den Unternehmern geleistet und dürfen 2 Proz. des Lohnes nicht übersteigen. Als Minimalleistung gilt die Unterstützung kranker oder siecher Mitglieder, die arbeitsunfähig geworden sind, sowie die Unterstützung ihrer Familie im Todesfalle der Mitglieder. Außerdem können die Statuten eine Erweiterung der Leistungen festsetzen in Form von Krankengeld, Arzt und Arznei für die Familienmitglieder, Tagegelder für die Frauen und Kinder der aktiven Reservisten, endlich Unterstützungen der Witwen und Waisen verstorbener Arbeiter und Beamte. Bei Krankheitsfällen mit mehr als 4-tägiger Dauer muß die Krankenkasse mindestens 5 Proz. des Krankengeldes an die Pensionskasse abführen.

Im Jahre 1900 bestanden 197 Kassen mit 178876 Mitgliedern. Die Zahl der Erkrankten betrug 141090. Die Ausgaben im ganzen betrugen 6015800 Frcs., davon 2579800 Frcs. Krankengeld = 14,42 Frcs. pro Mitglied; 2492900 Frcs. Arzt- und Arzneikosten = 4,37 und 8,00 Frcs. Arzt- und Arzneikosten pro Mitglied. Ueber die Leistungen der französischen Krankenversicherung im Vergleich zur deutschen gibt die folgende Tabelle Auskunft (aus ZACHER, IVa, S. 13):

1898		Französische K.V.	Deutsche K.V.
Zahl der Kassen		11825	22997
„ „ aktiven Mitglieder		1630912	9229966
Durchschnitt pro Kasse		138	402
Einnahmen (in Millionen Frcs.)		38,3	207,2
darunter Beiträge der	Arbeiter	23,2	136,5
	Ehrenmitglieder	2,9	—
	Arbeitgeber	—	60,7
Durchschnittlicher Beitrag des Arbeiters (Frcs.)		15	15
Ausgaben (in Millionen Frcs.)		30,4	182,0
darunter Krankheitskosten[1])			
Durchschnitt (in Frcs.) pro	Mitglied	11,5	19
	Kranken	34	52

1) Kosten für Arzt, Arznei, Anstaltspflege und Sterbegeld.

Ueber die Stellung der Aerzte zu den verschiedenen Kassenarten in Frankreich hat der Internationale Kongreß für ärztliche Standesinteressen in Paris im Jahre 1900 einige Aufklärungen gebracht. Die folgenden Ausführungen sind meist Angaben entnommen, die auf dem Kongresse in dieser Frage gemacht worden sind. Haben dieselben somit auch keinen Anspruch auf amtliche Beglaubigung, so geben sie doch ein gutes Bild der Auffassungen, die unter den französischen Aerzten herrschen.

Die Zahl der Kassenmitglieder in Frankreich betrug im Jahre 1900 etwa 3 Millionen, ungefähr $^1/_{13}$ der Gesamtbevölkerung.

Die Anstellung der Aerzte geschah zumeist nach dem System der bedingten freien Arztwahl, d. h. die Aerzte mußten sich verpflichten, zu gewissen von den Vereinen vorgeschriebenen Bedingungen die Kranken zu behandeln. Unter diesen Aerzten hat der Kranke dann die freie Wahl. Für die Bezahlung herrschen 3 Systeme vor:

1) Die Pauschalbezahlung (forfait), bei welcher der Arzt ein für alle mal ein bestimmtes Fixum pro Jahr erhält, wofür er alle ihn aufsuchenden Mitglieder der Kasse behandeln muß;

2) die Bezahlung pro Kopf und Jahr (abonnement oder capitation), die sich nach dem jeweiligen Mitgliederstande richtet;

3) die Bezahlung der Einzelleistung (paiement à la visite).

Wie anderswo auch, bevorzugen die Kassen die Systeme 1 und 2, die Aerzte das System 3.

Für die Bezahlung pro Kopf und Jahr wird meist 3—5 Frcs. ausgeworfen, für die Einzelleistung dagegen 1—2 Frcs. für die Konsultation und 2—3 Frcs. für die Visite. In kleineren Städten geben die Kassen sogar nur 1—2 Frcs. pro Kopf und Jahr. Hierbei kommen natürlich nur sehr geringe Beträge für die Einzelleistung heraus. Ein Arzt in Lille hatte nur einen Point von 12—20 Cent. (10—15 Pf.) sich herausgerechnet. Die Aerzte klagten ferner darüber, daß die Kassen viele Leute als aktive Mitglieder aufnähmen, die ihrer Vermögenslage nach eigentlich Ehrenmitglieder sein müßten. Gegen diese verschiedenen Mißstände hatten die Aerzte verschiedentlich Maßregeln ergriffen, die aber nur teilweise Erfolge hatten. In Périgueux erklärten die Aerzte, für den vereinbarten Satz nur innere Krankheiten behandeln zu wollen, für alle chirurgischen Leistungen dagegen Extrahonorare zu fordern. Die Kassen beantworteten diese Erklärung damit, daß sie an Stelle der bisherigen freigewählten Aerzte 3 fixierte Aerzte anstellten, denen sie 3 Frcs. pro Kopf und Jahr zahlten. Einigungsversuche mit den Kassen scheiterten zunächst, doch gelang es später, die 3 Aerzte zum Rücktritt zu bewegen, und diesmal hatten die Aerzte gesiegt. In einem anderen Falle hatte das Syndikat der Seine, die gesetzliche Standesorganisation der Pariser Aerzte, versucht, die freie Arztwahl, die Bezahlung der Einzelleistung und den Ausschluß wohlhabender Mitglieder aus den Kassen für die ihm unterstellten Aerzte obligatorisch zu erklären. Da nach Inkrafttreten dieser Verordnung in den nächsten Jahren die Arzt-, Arznei- und Krankengeldkosten erheblich stiegen, so führten die Kassen darüber beim Minister des Innern Klage. Derselbe machte die Beschwerden der Kassen zu den seinen und führte in einem Rundschreiben vom Jahre 1897 die erhöhten Krankenkosten auf die veränderte Bezahlung der Aerzte zurück, da durch die Honorierung nach dem Besuchssystem ein starker Anreiz gegeben sei, die Besuche zu vermehren, wodurch auch die Verordnung

von Arzneien und Arbeitsenthaltung zunähme. Der Minister erklärte die Syndikate für eine Gefahr für die Hilfsvereine und drohte mit gesetzlichen Repressivmaßregeln. Dies hatte zunächst die Einsetzung einer aus Mitgliedern der Kassen und Aerzten gemischten Kommission zur Folge, in der verschiedene Beschwerden der Aerzte anerkannt wurden und Abhilfe in Aussicht gestellt wurde. Außerdem erreichten die Aerzte einen Sitz im obersten Ausschuß (Conseil supérieur) der Krankenkassen.

Als Forderungen der Aerzte den Krankenkasson gegenübsr stellten SALOMON (aus Savigné-l'Evêque) und CUYLITS (aus Brüssel) die folgenden Thesen auf, die, wenngleich sie sich teilweise decken, doch alle nahezu einstimmig angenommen wurden und den Beweis liefern, daß die Wünsche der französischen Aerzte denen der deutschen in nichts nachstehen.

I. Für die Hilfsvereine oder Krankenkassen, Sociétés de secours mutuels (SALOMON) (4, S. 540).

1) Bezahlung der Aerzte nach der Einzelleistung und gemäß dem Mindesttarif der betreffenden Gegend.

2) Ausschluß aller wohlhabenden Leute als aktive Mitglieder der Vereine.

3) Freie Arztwahl.

4) Vertretung der Aerzte im Verwaltungsrat des Vereins.

5) Bildung gemischter Kommissionen in den größeren Bevölkerungszentren, um die Beziehungen zwischen Aerzten und Kassen zu regeln und als Schiedsgerichte zu wirken.

II. Beschlüsse für die Krankenkassen, Mutualités (CUYLITS) (4, S. 40; 5, S. 1186).

1) Jede echte, d. h. ausschließlich aus Arbeitern bestehende Krankenkasse hat das Recht, einen ärztlichen Minimaltarif zu beanspruchen, der unter anderen Umständen mit unserer Standesehre nicht vereinbar wäre.

2) Die Krankenkassen haben nur dann Anspruch auf diesen Minimaltarif, wenn sie sich verpflichten, ausschließlich minderbemittelte Personen als Mitglieder aufzunehmen und zu behalten.

3) Der Tarif kann verschieden sein je nach den Vermögensverhältnissen der Krankenkassen und den lokalen Gewohnheiten.

4) Der Tarif wird unter gemeinschaftlicher Zustimmung der Kassen und der ärztlichen Standesvertretungen aufgestellt und allen Aerzten des Ortes bekannt gegeben, so daß jeder in der Lage ist, darauf einzugehen oder nicht.

5) Das System der fixierten Kassenärzte ist zu vermeiden. Die Wahl des Arztes muß jedem Kassenmitgliede frei stehen.

6) Ein Arzt soll Mitglied des Vorstandes sein (Vertrauensarzt). Er besucht die Kranken, um die ärztliche Tätigkeit zu überwachen, letzteres sowohl im Interesse der Kranken wie der Krankenkasse selbst.

Diese Sätze enthalten nichts anderes, als was unsere deutschen Aerztetage seit Jahrzehnten beschlossen und proklamiert haben. Wir finden von ärztlicher Seite überall dieselben Klagen: Ausnutzung der ärztlichen Arbeitskraft und Herabdrückung der Bezahlung. Frankreich, einer der Hauptvertreter der freiwilligen Versicherungsart, steht darin den Ländern mit Zwangsversicherung, vor allem Deutschland und Oesterreich, in nichts nach. Wir werden später sehen, daß auch in England die Zustände nicht besser sind.

Literatur.

1) **v. d. Osten,** *Die Arbeiterversicherung in Frankreich, Leipzig 1884.*
2) **Bödiker,** *Die Arbeiterversicherung in den europäischen Staaten, Leipzig 1895, S. 145.*
3) **Zacher,** *Die Arbeiterversicherung im Auslande, H. 4, Frankreich, Berlin 1898, H. 4a (Nachtrag), Ibid. 1902.*
4) *Compte rendu du Congrès internat. de médecine professionnelle et de déontologie médicale à Paris 1900, Paris, Masson et Cie. 1900.*
5) **K. Jaffé,** *1. Internationaler Kongreß für ärztliche Standesinteressen und ärztliche Ethik, Münchner Med. Wochenschrift 1900, No. 34, p. 1185.*

VIII. Belgien.

Die Krankenversicherung Belgiens ist im großen und ganzen derjenigen Frankreichs nachgebildet und stimmt vielfach mit ihr überein. Die Träger der Versicherung sind auch hier die freien Hilfsvereine (Sociétés de secours mutuels), die schon 1851 durch das Gesetz vom 3. April d. J. gesetzlich geregelt waren. Klagen über ungenügende Entwickelung der Vereine und wohl mehr noch das Beispiel des benachbarten Frankreich führten zu dem Gesetz, betr. die Revision des Gesetzes vom 3. April 1851 über die Hilfsvereine vom 23. Juni 1894 (loi, portant revision de la loi du 3 avril 1851 sur les sociétés mutualistes). Nach diesem Gesetz werden anerkannte und nicht anerkannte Vereine unterschieden. Die anerkannten Vereine (Sociétés reconnues) haben folgende Zwecke zu erfüllen:

1) Den Mitgliedern und deren Familienmitgliedern zeitweilige Unterstützung im Fall von Krankheit, Unfall, Siechtum oder bei Geburt eines Kindes zuzusichern; zu den Begräbniskosten beizutragen; den Hinterbliebenen verstorbener Mitglieder zeitweilige Unterstützungen zu gewähren;

2—4) handelt von Versicherung der Mitglieder gegen Schäden durch Erkrankung des Viehs und Mißwachs, Bildung von Sparkassen und Gewährung von Darlehn. Die anerkannten Vereine können sich zu Verbänden zusammenschließen und genießen die Rechte einer juristischen Person. Mitglied kann jede 18 Jahre alte oder mündige (émancipée) Person werden. Verheiratete Frauen können ebenfalls Mitglieder werden, außer bei Widerspruch des Ehemannes. Die früher anerkannten Vereine genießen die durch das neue Gesetz gewährten Vorteile, wenn sie binnen Jahresfrist ihre Statuten demselben anpassen.

Die Bildung und Tätigkeit der Hilfsvereine ist ständig im Wachsen begriffen. Während im Jahre 1893 nur 532 anerkannte Vereine existierten, stieg die Zahl derselben

im Jahre	1895	auf		752
„ „	1896	„		915
„ „	1897	„		1127
„ „	1898	„		1385
„ „	1899	„		2928
„ „	1900	„	über	3000

Die Mitgliederzahl betrug im Jahre 1895 schon 100056 (ZACHER) und stieg in Jahre 1899 bereits auf 350000. In dieser Zahl sind jedoch die Familienmitglieder nicht einbegriffen, so daß, wenn man die Familie

durchschnittlich zu 5 Köpfen (CUYLITS) annimmt, die ansehnliche Zahl von 1 750 000 herauskommt, d. h. bei einer Einwohnerzahl von 6 670 000 mehr als der 4. Teil der Bevölkerung.

Aus der Statistik sei noch erwähnt, daß im Jahre 1895 der Prozentsatz der Erkrankten 31,39 betrug; die Krankheitstage pro Erkrankten betrugen 19,3, pro Mitglied 6,0; an Krankengeld wurde gezahlt pro Erkrankten 25,32 Frcs. (20,25 M.), pro Krankheitstag 1,31 Frcs. (1,05 M.) auf das Jahr verrechnet.

Die nicht anerkannten Vereine hatten im Jahre 1895 27,67 Proz. Erkrankte, 18,89 Krankheitstage pro Erkrankten, 5,23 pro Mitglied und zahlten 27,39 Frcs. pro Erkrankten, 1,45 Frcs. pro Krankheitstag und 7,58 Frcs. pro Mitglied. Die Durchschnittskosten der Jahre 1885—1895 betrugen

an Krankengeld	8,54	Frcs.	
„ Arzthonorar	2,26	„	
„ Arzneikosten	2,83	„	
„ Begräbniskosten	0,69	„	
„ Verwaltungskosten	1,26	„	(!)

auf ein ordentliches Mitglied verrechnet. Von staatlichen Zuschüssen enthält das Gesetz nichts. Die Lasten der Krankenversicherung müssen deshalb im wesentlichen von den Arbeitern selbst getragen werden.

Die Stellung der Aerzte zu den Vereinen scheint auch in Belgien zu wünschen übrig zu lassen. Einige der größeren Gesellschaften zahlen zwar 4—6—8 Frcs. (3,20—4,80—6,40 M.) pro Kopf und Jahr, andere honorieren die Einzelleistung mit 1—2 Frcs. für die Konsultation und 2—3 Frcs. für den Besuch. Doch werden auch Klagen über sehr niedrige Bezahlung laut, wo der Point bis zu 15 cm (12 Pf.), selbst bei Nachtvisiten, herabgeht. Ein Versuch, durch gemeinsames Zusammengehen gegen die Gesellschaften bessere Bedingungen zu erzielen, scheiterte an einigen fahnenflüchtigen Aerzten, welche die gekündigten Arztstellen zu den alten Bedingungen wieder übernahmen.

Literatur.

1) *Conrads Handwörterbuch der Staatswissenschaften, Jena 1892, Bd. IV, S. 35 ff.*
2) **Zacher,** *Die Arbeiterversicherung im Auslande, H. 12, Berlin 1899.*
3) *Congrès internat. de médecine prof., Paris 1900.*

IX. England.

England, das Land der freien Selbsthilfe par excellence, kann als Musterstaat für die freiwillige Krankenversicherung dienen. Als Organe dieser Versicherung kommen vor allem 3 Gruppen von Vereinen in Betracht, die als

1) Hilfsvereine (Friendly Societies),
2) Begräbniskassen (Collecting Societies) und Versicherungsgesellschaften (Industrial Assurance Societies), und
3) Gewerkvereine (Trade Unions)

unterschieden werden.

Bei weitem die wichtigsten für die Krankenfürsorge sind die Friendly Societies, deren Tätigkeit durch das Gesetz über die Hilfsvereine vom 7. August 1896 (Act to consolidate the Law relating to Friendly and other Societies) geregelt ist. Nach diesem Gesetz, welches in 109 Artikeln die Materie behandelt, können Vereine, die nicht unter 7 Mitgliedern (Art. 9) haben, eingetragen (registered) wenn sie folgende Zwecke u. a. verfolgen (Art. 8): Unterstützung oder Unterhalt ihrer Mitglieder, deren Männer, Frauen, Kinder, Väter, Mütter, Brüder, Schwestern, Neffen, Nichten und verwaisten Mündeln im Falle von Krankheit oder sonstigen körperlichen oder geistigen Gebrechen, im Alter (über 50 Jahre), während der Witwenschaft oder zur Unterstützung verwaister Kinder von Mitgliedern während der Minderjährigkeit. Mit der Eintragung, welche in England, Schottland und Irland unter Vorlegung der Statuten bei den betr. Behörden zu geschehen hat, erwerben die Vereine gewisse Vorrechte und die juristische Persönlichkeit. In Bezug auf ihre spezielle Organisation läßt ihnen das Gesetz die weitgehendsten Freiheiten.

Ueber die Zahl der Friendly Societies lassen sich nur ungefähre Angaben machen. Nach dem Bericht des Englischen Chief Registrer, wo die in England vorhandenen Friendly Societies eingetragen sind, gab es im Jahre 1896 im ganzen 24555 Vereine mit 4445047 Mitgliedern, was etwa einem Drittel aller Lohnarbeiter (13000000) und etwas über ein Zehntel der Bevölkerung (40000000) entspricht (4, S. 5).

Einer neueren Zusammenstellung der 7 hauptsächlichsten Friendly Societies entnehmen wir folgende Daten: (Soz. Praxis 1902, No. 43).

Hearts of Ook hatte	257 045	Mitglieder
Oddfellows (Manchester Unity)	996 534	„
Shepherds (Ancient Order)	17 750	„
Druids	79 725	„
Oddfellows (National Independant)	72 999	„
Shepherds (Loyal Order)	123 357	„
Sons of Temperance	54 188	„
Total	1 601 598	Mitglieder.

Wie schon aus den Namen ersichtlich, handelt es sich vielfach dabei um Logen, die durch Umwandlung ihrer Organisation in freie Hilfsvereine ihre praktische Humanität bekunden wollten. Auf die Tätigkeit der Aerzte bei diesen Vereinen kommen wir unten noch zurück. Die Begräbniskassen und Versicherungsgesellschaften, welche durch den „Collecting Societies and Industrial Assurance Companies Act“ vom 7. August 1896 gesetzlich geregelt sind, beschränken sich im wesentlichen auf die Versicherung im Sterbefalle und kommen für die Krankenversicherung wenig in Frage.

Dagegen verfolgen die Gewerkvereine (Trade Unions) neben ihrem Hauptzweck, die Arbeitsbedingungen zu verbessern, auch die Unterstützung der Mitglieder bei Krankheit, Unfällen, Invalidität, Alter und Tod der Mitglieder. Die Gewerkvereine, welche durch die Trade Union Acts 29. Juni 1871 und 30. Juni 1876 gesetzlich geregelt sind, sind auf Gegenseitigkeit gegründete Unterstützungsvereine. Besonders die kleineren unter ihnen gewähren Hilfe bei Krankheit und Tod, während die größeren außerdem auch die oben angeführten Unterstützungen leisten. Im Jahre 1896 bestanden etwa 1330 Gewerkvereine mit 1487562 Mitgliedern. Dieselben hatten zusammen ein Vermögen von 2168989 £ (44247375 M.). Für Krankheit und Unfall wurden

im genannten Jahr verausgabt 246338 £ (5025295 M.), was auf den Kopf 5.1¼ s (ca. 6 M.) ergibt, während die Friendly Societies im selben Jahre durchschnittlich 16 s 6¼ d an Krankenunterstützung, also mehr als das Dreifache verausgabten. (4, S. 6.)

Die Stellung der Aerzte an den englischen Hilfsvereinen (Friendly Societies) ist in den letzten Jahren vielfach Gegenstand öffentlicher Diskussion gewesen. Es ist besonders das Verdienst des Lancet, in dem Kampf, der sich in zahlreichen Städten des vereinigten Königreiches zwischen den Aerzten und den Vereinen erhoben hatte, durch Entsendung eines Spezialbeauftragten an die betr. Orte die große Oeffentlichkeit durch authentische Berichte über den Sachverhalt aufgeklärt zu haben. Das Ergebnis dieser Untersuchung ist seit 1895 unter dem Titel: „The Battle of the Clubs“ (etwa: der Kampf mit den Krankenkassen) in den Spalten des Lancet niedergelegt und gewährt ein deutliches Bild von dem Verhältnis und der Stellung der Aerzte zu den Hilfsvereinen.

Früher gestaltete sich das Verhältnis meist derartig, daß der Arzt 4 s (ca. 4 M.) pro Kopf und Jahr der erwachsenen männlichen Mitglieder erhielt. Dafür hat der Arzt aber nicht nur die Behandlung der Erkrankten zu übernehmen, sondern muß auch noch die Medikamente liefern, was ca. 25—30 Proz. der Gesamtsumme ausmacht. Erkrankten jedoch die Familienmitglieder des Versicherten, so hatten diese den Arzt nach der ortsüblichen Taxe zu bezahlen. Die erkrankten Mitglieder[1]) erhalten außer freier ärztlicher Behandlung und freier Arzenei auch noch Krankengeld in Höhe von 12—14 s (ca. 12—14 M.) pro Woche, aber nur für die ersten 6 Monate. Später wird das Krankengeld auf 7 s, 5 s und weniger herabgesetzt. Neuerdings macht sich bei den Vereinen nun mehr und mehr das Bestreben geltend, auch die Familienmitglieder mit zu versichern, und zwar nicht nur die eigenen Frauen und Kinder der Mitglieder, sondern auch entferntere Verwandte und Freunde. Für die älteren Kinder zahlen die Vereine aber nur 3 s, für solche unter 12 Jahren nur 2 s. Einige Vereine honorieren Geburten noch besonders; so zahlten die „Foresters“ in Corres für die erste Geburt 1 £ 5 s (25 M. 50 Pf.), jede folgende Geburt 1 £ 1 s. Gegen die Ausdehnung der Versicherung auf Frauen und Kinder protestierten die Aerzte zuerst. Sie erklärten, daß der junge Arzt die Behandlung der männlichen Mitglieder nur deshalb für eine so geringe Entlohnung übernehmen konnte, weil er im übrigen auf seine Einnahmen durch die Familienmitglieder angewiesen war und dadurch sich eine Privatpraxis schaffen konnte. Käme dies in Fortfall, so könne er von seinen Einnahmen durch die Hilfsvereine allein nicht leben. Ferner beschwerten sich die Aerzte darüber, daß mehr und mehr wohlhabende Leute in die Vereine Aufnahme fänden, wodurch einerseits die unbemittelten Mitglieder indirekt beeinträchtigt und andererseits den Aerzten ihre Privateinnahmen weiter geschmälert würden. Endlich klagten die Aerzte über das Agentensystem (Canvassing) vieler Vereine, die ihre Leute in die Häuser entsandten, um Mitglieder zu werben und solche unter Hinweis auf billige ärztliche Hilfe (wobei oft die Namen der Vereinsärzte in verschiedenster Weise zu Reklamezwecken mißbraucht wurden) für den Verein zu gewinnen. In manchen Städten legten die Aerzte ihre Tätigkeit nieder und er-

1) Cf. Lancet 1900, p. 1031.

klärten, unter solchen Verhältnissen nicht weiter für die Vereine behandeln zu wollen.

Um diesen Konflikten wirksam zu begegnen, vereinigten sich die Hilfsvereine in verschiedenen Städten zu einem gemeinsamen Verbande in Bezug auf alles, was die Krankenversorgung betraf, also etwa wie unsere sog. Sanitätsvereine[1]). Jeder Verein wählt einen Vertrauensmann und aus diesen wird in der Jahresversammlung ein engeres Komitee aus 18 Mitgliedern gebildet, darunter ein Sekretär, ein Schatzmeister, zwei Bevollmächtigte (trustees) und zwei Rechnungsrevisoren (auditors). Das also gebildete Komitee mietet alsdann ein Haus und stellt einen oder mehrere Aerzte an, die ihre ganze Zeit und Tätigkeit den Kranken der Vereine zu widmen haben. Der Arzt muß medizinisch und chirurgisch vorgebildet sein und in der Anstalt wohnen. In den unteren Räumen derselben befinden sich die Bureaus, die Warte- und Sprechzimmer und die Apotheke, in den oberen Stockwerken die Wohnung des Arztes. Dieser ist für das Laboratorium, die Operations- und Wartezimmer verantwortlich und muß dafür sorgen, daß sie stets in ordnungsmäßigem Zustande sind. Außer der Behandlung der Kranken untersteht ihm auch die Untersuchung neu aufzunehmender Mitglieder. In manchen Städten werden Geburten nicht vom Klubdoctor geleitet; auch sind Frauen und Kinder nicht überall mit versichert. Kranke, die sich von Privatärzten behandeln lassen, können sich ihre Krankenscheine von letzteren ausfüllen lassen, müssen dieselben jedoch vom Vereinsarzt gegenzeichnen lassen. Die Bezahlung beträgt pro Kopf und Jahr der Erwachsenen 2—3—4 s (ca. 2—4 M.); für Kinder entsprechend weniger. Wohnung, Kohlen, Gas, ferner Pferd, Kutscher und Wagen sind frei, die zusammen einen Wert von ca. 300 £ ausmachen. Bei der enormen Inanspruchnahme der Vereinsärzte wird die Einzelleistung hierbei minimal honoriert. So wird z. B. aus Walsall berichtet, daß im Jahre 1895 der dortige Vereinsarzt 168 £ (3595 M.) erhielt. In diesem Jahre hatte derselbe 13025 Sprechstundenbesuche und 6115 Besuche im Hause der Kranken zu leisten, was ca. 2 d (20 Pf.) auf die Einzelleistung macht[2]). In Hull bestand der Verband der Hilfsvereine im Jahre 1894 aus 4000 Mitgliedern, die 20000 Konsultationen und 7000 Besuche erforderten. Für diese 27000 Leistungen erhielt der Arzt 208 £ (4451 M.). Hierbei kommt auf die Einzelleistung nur $1^3/_4$ d (17 Pf.). Ein Dr. Wolstenholme in Manchester machte in 1 Jahre 8272 Besuche, erledigte 13673 Konsultationen, verabreichte 16106 Arzneien, machte 257 Untersuchungen neu Aufzunehmender und leitete 44 Geburten. Hierfür erhielt er in toto 314 £ 18 s (ca. 6738 M.), was, wenn man alle Leistungen, auch die Geburten, als Einzelleistung verrechnet, etwas über 30 Pf. auf den Point ergibt. (Lancet 1902, 9. Aug. p. 390.) Von dem von den Mitgliedern erhobenen Jahresbeitrag erhält der Arzt nur einen Bruchteil, in Walsall z. B. von den gezahlten 3 s 6 d nur 1 sh 1 d, also etwa den dritten Teil. Zwei Drittel steckt die Gesellschaft ein, obgleich sie nur die Arzneimittel und die Lokalmiete zu zahlen hat. Der Arzt wird hierbei zu Gunsten der Gesellschaft und der Mitglieder ausgesogen. Es ist dasselbe Verhältnis wie beim Arbeiter, wenn zwischen ihn und den Konsumenten ein Dritter als Auftraggeber resp. Verkäufer seiner

1) Lancet 1901, p. 1554.
2) Lancet 1895, 23. Nov.

Arbeit tritt. Beide, Arzt und Arbeiter, werden das Opfer des sog. „sweating“ (Schwitz-) Systems, das den Arbeiter (Arzt) auspreßt, um einen Verdienst zu erzeugen, den aber nicht er, sondern der Auftraggeber einheimst.

Die Aerzte Englands haben verschiedene Versuche gemacht, sich gegen dieses „sweating“-System zu wehren. Bei dem Mangel einer staatlichen Organisation haben sie sich zu privaten Vereinigungen, sog. Syndikaten zusammengetan, der alle oder fast alle Aerzte des Ortes angehören, und ihre Mitglieder verpflichtet, nur nach gemeinsam vereinbarten Bedingungen den Friendly Societies Hilfe zu leisten. So bestanden in Stockport 40 Vereine, die im Jahre 1895 nur 2 sh 6 d pro Kopf und Jahr bezahlten. Die Aerzte verlangten eine Erhöhung auf 4 sh 4 d und legten alle bis auf 2 ihre Tätigkeit nieder. Die Vereine waren bereit, die Gehaltserhöhung zu zahlen, wehrten sich aber gegen die Festsetzung einer Einkommensgrenze. Schließlich behielten nur 6 Vereine ihre Aerzte gegen das erhöhte Honorar, während die übrigen 34 es den Mitgliedern freistellten, sich für eigene Rechnung ihren Arzt zu suchen. (Lancet 1902, 9. Aug. p. 390.) In einigen Städten, wie Eastbourne, Coventry, Bexhill u. a., haben die Aerzte selbst Vereine für ärztliche Hilfe gebildet und damit den Hilfsvereinen eine gefährliche Konkurrenz geschaffen. Sie verlangen vor allem Ausschluß der Familienmitglieder von der Mitgliedschaft, Festsetzung einer Einkommensgrenze, um die Mitgliedschaft zu erwerben, und Extrabezahlung größerer ärztlicher Leistungen. In Bexhill z. B. ist die Einkommensgrenze auf 30 sh pro Woche (ca. M. 1560 pro Jahr) festgesetzt. Als Beitrag bezahlen die Mitglieder 8 sh 8 d (ca. 9 M.) pro Kopf und Jahr, die unverkürzt in die Tasche der Aerzte fließen. Für eine Geburt werden 15 sh, Impfung 2 sh 6 d, größere Operationen 1—5 £ extra bezahlt.

Auch die British Medical Association, welche alljährlich tagt und eine eigene Sektion für ärztliche Ethik besitzt, hat sich gegen die Kontraktarbeit an den Friendly Societies und deren sweating-System erklärt. Auf dem letzten, in Manchester abgehaltenen Kongreß (1902) wurde folgende Resolution angenommen:

„Die Kontraktarbeit an den Klubs und Friendly societies ist im eigensten Interesse der Kranken und der Aerzte nicht wünschenswert.“

Die ärztlichen Syndikate haben sich als sehr wirksam erwiesen. Outsiders, die sich den Vereinen zu den verbotenen Bedingungen zur Verfügung stellen, werden geboykottet („ostracised“) und pflegen bei dem geschilderten sweating-System nicht lange auszuhalten. In den meisten Städten Englands haben die Aerzte schließlich den Sieg davongetragen und den Beweis erbracht, daß eine starke Organisation durch Selbsthilfe vieles zu erreichen vermag.

Literatur.

1) **Bödiker**, *Die Arbeiterversicherung in den europäischen Staaten, Leipzig 1895.*
2) **Conrads** *Handwörterbuch der Staatswissenschaften, Bd. I.*
3) *Congrès internat. de médec. profess., Paris 1900.*
4) *(Ad. Smith) The battle of the Clubs, Lancet 1895—1902.*
5) **Zacher**, *Die Arbeiterversicherung im Auslande, H. 5, Berlin 1899.*
6) **Hime**, *Die Auswüchse des Krankenkassenwesens in England, Münchn. Med. W. 1902, No. 38, p. 1583. (Ref. L. Pfeiffer, Weimar.)*

X. Italien.

Italien vertritt das Prinzip der freiwilligen Krankenversicherung, und zwar für Arbeiter aller Berufszweige. Im Jahre 1895 waren unter den 31,6 Millionen Einwohnern ca. 9 Millionen Lohnarbeiter, von denen aber nicht einmal eine Million nachweislich gegen Krankheit versichert waren.

Als Organe der Krankenversicherung dienen die Hilfsvereine (Società di mutuo soccorso), die ähnliche Tendenzen verfolgen wie die französischen Sociétés de secours mutuels (cf. S. 212). Nachdem eine Enquête der Regierung im Jahre 1882 große Mißstände in den Vereinen aufgedeckt, kam es 4 Jahre später zu dem „Gesetz, betreffend die Bestätigung der gesetzlichen Begründung von Vereinen zu gegenseitiger Unterstützung“ (Legge che approva la costituzione legale delle società di mutuo soccorso) vom 15. April 1886, das in 12 kurzen Artikeln Bestimmungen über die Satzungen etc. enthält. Nach Artikel 1 erlangen die Vereine die Rechte einer juristischen Person, wenn sie

a) den Mitgliedern im Falle von Krankheit, Arbeitsunfähigkeit oder Alter eine Unterstützung gewähren,

b) die Familien verstorbener Mitglieder unterstützen.

Uebrigens steht es den Vereinen frei, ob sie sich eintragen lassen wollen oder nicht. Weitere Folgen als die mit der Erwerbung der juristischen Persönlichkeit verbundenen hat die Eintragung nicht.

Ueber die Zahl der Vereine liegen amtliche Berichte über das Jahr 1895 vor. Hiernach bestanden im genannten Jahre 6725 Vereine überhaupt mit 994 183 Mitgliedern in 6587 Vereinen (von 138 Vereinen fehlt die Angabe der Mitglieder). Nur 1222 = 18,0 Proz. besaßen die Rechte einer juristischen Person.

Die Leistungen der Hilfsvereine sind je nach den Statuten verschieden. Die meisten gewähren nur Kranken- und Sterbegeld, nicht Arzt und Anstaltspflege. Im Jahre 1895 verausgabten 3602 Vereine für

a) Arzthilfe und Arznei	308 255	Lire (1 Lire = 80 Pf.)
b) Krankengeld	2 165 645	„
c) Sterbegeld und Begräbnis	127 009	„
d) Wöchnerinnenunterstützung	14 182	„
e) Zeitliche Invalidenunterstützung	39 940	„

Die Gesamtausgaben dieser Vereine betrugen 5 404 205 Lire, so daß also nur etwa der 18. Teil für Arzt und Arznei verwendet wurde. Der unter e) genannte Posten betrifft die Unterstützung solcher Mitglieder, welche nach Ablauf der Krankenunterstützung noch nicht wieder arbeitsfähig waren und als zeitliche Invaliden noch unterstützt wurden. Diese Einrichtung dürfte sich auch für Deutschland empfehlen, obgleich die Lücke zwischen dem K.V.G. und I.V.G. jetzt ausgefüllt ist. Rechnet man die Mitgliederzahl für 1895 mit rund 1 Million, so würde an Ausgaben auf jedes Mitglied 5 Lire (4 = M.) entfallen. Der Staatszuschuß betrug im genannten Jahre 9 375 000 Lire (= $7^1/_2$ Million M.), also für jeden Versicherten 9,37 Lire (7,5 M.).

Ueber das Verhältnis der Aerzte zu den Hilfsvereinen enthält das Gesetz und die amtliche Statistik nichts.

Literatur.

1) **Bödiker**, *Die Arbeiterversicherung in den europäischen Staaten, Leipzig 1895.*
2) **Conrads** *Handwörterbuch der Staatswissenschaften, Jena 1892, Bd. IV, S. 41.*
3) **Zacher**, *Die Arbeiterversicherung im Auslande, H. 6, Berlin 1899.*

XI. Niederlande.

Während die Unfallversicherung in Holland durch das Unfallgesetz vom 2. Januar 1901 gesetzlich geregelt ist, fehlt für die Krankenversicherung bis jetzt noch jede gesetzliche Grundlage. Trotzdem bestehen schon seit langer Zeit private Krankenkassen, und die unentgeltliche Krankenpflege für Arme (auf Kosten der Gemeinden), die freien Arzt, Arznei und eventuelle Krankenpflege erhalten, besteht besonders in Amsterdam in großem Umfange.

Die Krankenkassen Hollands gewähren neben der üblichen Krankenunterstützung auch besonders Hilfe in Todesfällen; es existieren neben den eigentlichen Krankenkassen auch eine große Zahl von Begräbniskassen (Begrafenisfondsen). Die eigentlichen Krankenkassen, von denen Ende 1890 im ganzen 650 mit ca. 600000 Mitgliedern (ca. der 7. Teil der Bevölkerung) gezählt wurden, zerfallen in 3 Arten:

1) Medicynfondsen (Krankenkassen), welche Arzt und Arzneimittel gewähren,

2) Onderstenningsfondsen (Unterstützungskassen), die bei Erkrankungen nur Geld zahlen,

3) Gecombineerde Fondsen (Gemischte Kassen), die beide Leistungen vereinigen.

Von den 650 Kassen waren 639 rein lokal, die übrigen 11 erstreckten ihre Tätigkeit über das ganze Land, wie bei uns viele freie Hilfskassen. Die Medicynfondsen nehmen in der Regel nur Bedürftige, die bei der Aufnahme gesund sein müssen, als Mitglieder auf, auch dürfen sie nicht älter als 50 Jahre sein. Als Beitrag wird durchschnittlich 10—12 Cents (ca. 17—20 Pf.) wöchentlich erhoben. Die Kassen haben je nach ihrer Größe einen oder mehrere Kassenärzte fest angestellt. Im letzteren Falle steht die Wahl des Arztes den Mitgliedern unter den angestellten Aerzten frei. Geburtshilfe und Krankenhauspflege gewähren einzelne der größeren Kassen, ebenso spezialärztliche Behandlung.

Die Onderstenningsfondsen nehmen nur Männer im Alter von 16—50 Jahren zu Mitgliedern, die bei der Aufnahme ihre Gesundheit nachweisen müssen. Die Höhe der Unterstützung in Erkrankungsfällen schwankt zwischen 1 fl. (1,70 M.) bis 15 fl. (25,50 M.) die Woche. Durchschnittlich werden 5 fl. (8,50 M.) pro Woche bezahlt. Der Beitrag beträgt 5—10 Cents ($8^1/_2$—17 Pf.) wöchentlich. Außer diesen beiden Kassenarten gab es 1890 noch 416 Fabrikkrankenkassen mit 46506 Mitgliedern, die von Arbeitgebern und Arbeitern zu gleichen Teilen erhalten werden.

Die Begräbniskassen haben in Holland eine viel größere Ausdehnung, als die Krankenkassen. Schon im Jahre 1890 gehörte ihnen fast die Hälfte der Bevölkerung, nämlich 2212000 Personen von 4478401 Mitgliedern an. Man zählte damals 433 solcher Kassen, von denen aber 207 = 48 Proz. Begräbnis- und Krankenkassen, 204 = 47 Proz. reine Begräbniskassen und 22 = 5 Proz. Kassen mit unbekanntem Wirkungskreise waren.

Die finanziellen Erfolge dieser Kassen ließen vielfach zu wünschen übrig. Da auch sonst mannigfache Mängel in der Leistungsfähigkeit der Kassen sich fühlbar machten, so setzte die Regierung eine Sonderkommission mit dem Auftrage ein, für eine gesetzliche Regelung der

verschiedenen Kassenarten Vorschläge zu machen. Dieser schon im Februar 1897 erstattete Bericht hatte bis jetzt jedoch keine praktischen Erfolge, da eine Einmischung des Staates in die freie Kassentätigkeit nicht nach dem Sinne des holländischen Volkes ist. Holland ist deshalb nicht nur von einer Zwangsversicherung weiter entfernt, als selbst Frankreich und England, sondern hat sich noch nicht einmal, wie diese Länder, dazu entschlossen, die freiwillige Versicherung auf Wunsch der Beteiligten einer staatlichen Regelung und Beaufsichtigung zu unterwerfen.

Literatur.

1) **Conrads** *Handwörterbuch der Staatswissenschaften, 2. Aufl., Jena 1898, Bd. I, S. 686.*
2) **Zacher,** *Die Arbeiterversicherung im Auslande, H. 8, Berlin 1901.*

XII. Russland und Finnland.

In Rußland besteht bislang noch keine staatliche Krankenversicherung. Anläufe hierzu sind nur in gewissen Vorschriften für Fabrikbesitzer vorhanden und in einem Statut, das für Krankenkassen der Bergwerke im Königreich Polen erlassen ist.

Die Krankenfürsorge für Arbeiter in Fabriken beschränkt sich wesentlich darauf, daß die Fabrikanten verpflichtet sind, ihren Arbeitern freie ärztliche Hilfe zu gewähren. Auch wurde versuchsweise angeordnet, die Fabrikbesitzer zu verpflichten, in der Nähe ihrer Fabriken Krankenhäuser zu errichten, ohne daß diese Bestimmung jedoch praktisch zur Ausführung gelangte. Dagegen besitzt jede Fabrik über 100 Arbeiter einen Fabrikarzt oder mehrere, welche die Arbeiter und deren Familien zu behandeln haben. Die erforderlichen Heilmittel hat die Fabrikverwaltung zu bezahlen, ebenso die Kosten für die ambulant oder (in Krankenhäusern) stationär behandelten Arbeiter. Eine weitere Unterstützung an Krankengeld oder dgl. erhält der Arbeiter nicht, so daß er, wenn er im eigenen Hause verbleibt, für seinen Unterhalt selbst zu sorgen hat.

Die Krankenversicherung der Bergarbeiter in Polen ist durch das oben erwähnte Statut vom 27. Januar 1895 geregelt. Nach diesem Statut haben die Krankenkassen den Zweck, ihren Mitgliedern in Krankheit oder Todesfall Unterstützungen zu gewähren. Alle in dem Betriebe beschäftigten Arbeiter und Aufseher (letztere bis zu einem Jahresverdienst von 500 Rbl. = 1080 M.) sind verpflichtet, der Krankenkasse beizutreten. Die Aufseher mit mehr als 500 Rbl. Jahresverdienst sind berechtigt, aber nicht verpflichtet, Mitglieder der Kasse zu werden. An Unterstützungen gewährt die Krankenkasse:

1) freie ärztliche Hilfe und Heilmittel im Falle der Erkrankung der Mitglieder, ihrer Frauen und Kinder bis zum 15. Lebensjahr, der von ihnen unterhaltenen Eltern oder Verwandten,

2) Krankengeld während der Dauer der Erwerbsunfähigkeit mit Ausnahme von Krankheiten, die durch absichtliche Körperverletzung, Trunk oder vom Verletzten verschuldete Schlägerei entstanden war,

3) eine Beisteuer zu den Beerdigungskosten verstorbener Mitglieder und ihrer Familienmitglieder.

Die Mitglieder sind verpflichtet, sich an die von der Verwaltung der Kasse bestimmten Aerzte, Krankenhäuser und Apotheker zu wenden. Kosten, die durch die Inanspruchnahme anderer Aerzte, Krankenhäuser oder Apotheker entstehen, vergütet die Kasse nicht.

Die Geldunterstützungen werden nach Lohnklassen abgestuft. Es erhalten in

Klasse	A	Verheiratete	40	Kop.	(86 Pf.)
„	„	Unverheiratete	30	„	(65 „)
„	B	Verheiratete	30	„	(65 „)
„	„	Unverheiratete	20	„	(43 „)
„	C	Verheiratete	20	„	(43 „)
„	„	Unverheiratete	12	„	(26 „)

Wird ein Verheirateter im Krankenhause verpflegt, so erhält seine Familie die Hälfte des Unterstützungssatzes. Aerztliche Behandlung und Krankengeld werden nur 3 Monate lang gewährt. In Ausnahmefällen darf die Verwaltung diese Frist auf 6 Monate verlängern. Als Beisteuer zu den Beerdigungskosten sollen nicht weniger als 15 Rbl. (32,40 M.) gezahlt werden.

Etwas eingehender als im übrigen Rußland ist die Krankenversicherung in Finnland geregelt. Dieselbe ist erst jüngeren Datums und beruht auf der Verordnung betr. Arbeiterunterstützungskassen vom 2. September 1897. Während die russische Regierung die Unfallversicherung für Finnland obligatorisch machte, hat sie sich bei der Krankenversicherung für das freiwillige Prinzip entschieden und die Regelung derselben den einzelnen Fabrik- und Arbeiterkassen überlassen. Die oben erwähnte Verordnung enthält allgemeine Normativbestimmungen für die vorhandenen oder zu gründenden Unterstützungskassen für Arbeiter. Diese Kassen zerfallen in Kranken- und Pensionskassen. Unter Krankenkassen werden solche Vereine oder Anstalten für Handwerker, Berufs- und andere Arbeiter verstanden, welche den Zweck haben, gegen Abgaben der Mitglieder denselben Unterhaltsbeitrag in Krankheitsfällen, ärztliche Hilfe, Heilmittel, Krankenpflege, Begräbnishilfe oder ähnliche Vorteile zuzusichern, und deren Wirksamkeit sich nicht auf gewisse, bei der Gründung der Kasse mit Namen angegebene Personen beschränkt.

Im Jahre 1889 existierten im ganzen 85 Kassen, die Krankenunterstützung, Begräbnishilfe und Pensionen gaben. Zur Krankenunterstützung waren 14978 = 38,1 Proz. aller industriellen Arbeiter berechtigt. Die Krankenunterstützung für Arzt, Arznei und Krankengeld betrug 1 Mk. 96 Penni (ca. 1,60 M.) für jeden Krankentag und 8 Mk. 11 Penni (6,50 M.) pro Kassenmitglied und Jahr.

Neuerdings ist eine sozialpolitische Kommission damit beschäftigt, ein „Arbeiterschutzgesetz“ für ganz Rußland herzustellen. Der Entwurf über die Krankenversicherung soll vollendet sein, während mit dem für Unfallversicherung erst begonnen wird. (D. Berufsgenossenschaft, Bd. 18, No. 7, 1903).

Die Stellung der Aerzte in Rußland im allgemeinen und speziell zur Krankenversicherung ist nicht glänzender, als in Westeuropa. Allgemein ist die Klage über zu geringe Bezahlung und zu große Konkurrenz, die besonders noch durch den Andrang der Frauen zum ärztlichen Beruf vermehrt wird. Wie überall, begnügt sich die Frau auch als Aerztin mit einer bescheideneren Bezahlung und setzt hierdurch auch das Honorar des Mannes herab. Nach statistischen Angaben

eines Dr. GREBJENSCHIKOW[1]) betrug das jährliche Durchschnittsgehalt der im Dienst stehenden Aerzte 1161 Rbl. (2507,76 M.), das der Aerztinnen nur 833 Rbl. (1799, 25 M.). Die Lage der Aerzte wird ferner erschwert durch den in Rußland noch herrschenden Zwang zur Hilfeleistung. In §§ 872 und 1522 des Strafgesetzbuches für Rußland heißt es[2]):

„Die erste Pflicht eines jeden Arztes ist: menschenfreundlich zu sein. Er muß jederzeit bereit sein, Menschen jeden Standes, die von Krankheit befallen werden, werktätige Hilfe zu leisten. Daher ist jeder Arzt verpflichtet, dem Rufe eines jeden Kranken um Hilfe Folge zu leisten. Wer diesen ohne besondere vom Gesetze vorgesehene Abhaltungen nicht entspricht, wird wegen einer solchen Unregelmäßigkeit und Mißachtung der leidenden Menschheit mit einer Geldstrafe bis zu 100 Rbl. und einer Haftstrafe von 1 Woche bis zu 3 Monaten bestraft."

Da die Aerzte sich nicht, wie bei uns, organisieren können, um ihre wirtschaftliche Lage zu verbessern, so ist ihre Lage, besonders in ärmeren Distrikten und auf dem Lande, eine höchst traurige und führt nicht selten zu Selbstmorden. Nach dem schon erwähnten Dr. GREBJENSCHIKOW[3]) machten in den Jahren 1889—92 die Selbstmorde der Aerzte im allgemeinen 3,4 Proz. ihrer Sterblichkeit und die der Landschaftsärzte sogar über 10 Proz. aus. Zu gleichen Resultaten gelangte Prof. SIKOWSKI[4]) nach den ihm zur Verfügung gestellten amtlichen Ausweisen über die Selbstmorde.

Literatur.

1) **Bödtker,** *Die Arbeiterversicherung in den europäischen Staaten, Leipzig 1895, 213 ff.*
2) **W. Weressajew,** *Beichten eines prakt. Arztes. Deutsch v. C. v. Gütschow, Leipzig 1902.*
3) **Zacher,** *Die Arbeiterversicherung im Auslande, H. 9 u. 10, Berlin 1899.*
4) **G. J. Rosenberg,** *Zur Arbeiterschutzgesetzgebung in Rußland, Leipzig 1895.*

XIII. Rumänien.

In Rumänien erfreuen sich nur die Bergarbeiter einer Versicherung gegen Krankheit, Alter und Invalidität und zwar hat die Regierung hierfür das System der Zwangsversicherung bevorzugt, ähnlich wie in Frankreich, wo ja auch nur die Bergleute der Zwangsversicherung unterworfen sind (s. S. 214).

Die Versicherung basiert auf dem Berggesetz vom $\frac{\text{20. April}}{\text{2. Mai}}$ 1895, dessen Tit. XVIII von der Hilfskasse für die in Bergwerken, Steinbrüchen und Anstalten oder Fabriken, welche von diesen Gewerbebetrieben abhängen, beschäftigten Arbeiter handelt. Nach Art. 107 dieses Gesetzes sind die genannten Arbeiter verpflichtet, Beiträge zu leisten, um Hilfskassen einzurichten. Als Zweck derselben wird genannt:

a) Pflege, ärztliche Behandlung und Arznei in Fällen von Krankheit oder Verletzung durch Unglücksfälle;

1) WERESSAJEW 2, S. 305.
2) Ibid., S. 290.
3) Ibid., S. 300.
4) Ibid., S. 299.

b) Beiträge zu den Beerdigungskosten;

c) Krankengeld in Fällen von Krankheit oder Verletzung durch Unglücksfälle, wodurch die Erwerbsunfähigkeit länger als 3 Tage dauert.

Nach Art. 109 müssen die Mitglieder der Hilfskassen ein durch das Zeugnis eines Arztes bewiesenes Gesundheitsattest beibringen.

Nach Art. 110 darf die Unterstützungsdauer die Zeit von 10 Monaten nicht überschreiten. Die Leistungen der Kasse bestehen in

Konsultationen bei den angestellten Aerzten,
Behandlung im eigenen Hause,
Behandlung im Krankenhause,
unentgeltlicher Lieferung von Arzneien, Verbandsgegenständen etc.

Außerdem erhält der Arbeiter ein bestimmtes Krankengeld, das zwischen 10 und 50 Proz. seines Lohnes schwankt, je nachdem er im Krankenhause oder im eigenen Hause, und ledig oder verheiratet ist.

Art. 111 bestimmt für die „legitimen" Frauen und Kinder freie ärztliche Behandlung, aber keine freie Arznei, sondern nur Ermäßigungen, welche sich aus den Verträgen mit den Apothekern etc. ergeben.

Die Kassenbeiträge werden zur Hälfte vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen und dürfen höchstens 3 Proz. des Arbeitslohnes betragen.

Literatur.

T. **Bödiker,** *Die Arbeiterversicherung in den europäischen Staaten, Leipzig 1895, S. 233 u. 341.*

XIV. Spanien.

Während die Unfallversicherung in Spanien durch das Gesetz vom 30. Januar 1900, betr. die Betriebsunfälle, geregelt ist, welche den Entschädigungszwang, aber nicht den Versicherungszwang ausspricht, befindet sich die — freiwillige — Krankenversicherung noch in ihren ersten Anfängen. Schon seit dem Mittelalter bestanden daselbst sogen. „Gremios" (Zünfte, Gilden), die auf dem Prinzip der Selbsthilfe basierten und ihren Mitgliedern in Fällen von Krankheit, Invalidität und Tod Unterstützung zu Teil werden ließen. Die Einrichtungen dieser Gremios wurden als „Hermandades" (Brüderschaften) oder „Monte-pios" (Wohltätigkeitsvereine) bezeichnet, und diese haben sich bis auf den heutigen Tag erhalten. Im Jahre 1884 wurden allein in der Provinz Valencia 63 auf Gegenseitigkeit begündete derartige Hilfsvereine mit 15202 Mitgliedern ermittelt, die heute rechtlich dem Vereinsgesetz vom 30. Juni 1887 und dem allgemeinen Versicherungsrecht nach Art. 385 des Handelsgesetzbuchs unterstehen. Der ärztliche Dienst dieser Vereine untersteht außerdem noch der Oberaufsicht der öffentlichen Aerzte- und Apotheker-Korporationen. Zweck dieser Hilfsvereine ist ähnlich, wie bei den englischen Friendly Societies, Unterstützung der Mitglieder bei Krankheit, Unfall, Invalidität, Arbeitslosigkeit und Todesfällen. Mehrere Vereine beschränken sich nur auf Krankenunterstützung und Unfallfürsorge. Bei den Monte-pios

ist die Mitgliederzahl beschränkt und darf nicht unter 150 und über 1000 betragen. Für den Eintritt der Unterstützungen fanden sich in den Statuten allerlei Beschränkungen. So muß die Krankheit erst nach Erwerb der Mitgliedschaft entstanden und nicht durch Selbstverschuldung eingetreten sein; bei chronischen und epidemischen Krankheiten wird oft gar keine Unterstützung gewährt. Die ärztliche Behandlung liegt, wenn überhaupt dafür gesorgt ist, in den Händen eines beamteten Arztes. Einzelne Vereine verbieten die Konsultation eines „Naturarztes", was auf ein ausgedehntes Kurpfuschertum hindeutet.

An Geldunterstützungen gewähren die Monte-pios ohne Arzt und Arznei bei Krankheiten oder schweren Unfällen 3—5 Pesetas (2,40—4 M.), bei leichten Unfällen 2—4 Ps. (1,60—3,20 M.) täglich. Die Hilfskassen mit freiem Arzt und Arznei geben je nach dem Lohn pro Tag 0,37 bis 0,62 Ps. (30—50 Pf.) Krankengeld. Bei höheren Gehältern werden auch 2—2,25 Ps. (1,60—1,80 M.) täglich gewährt. Ein Verein von 1622 Mitgliedern hat beispielsweise im Jahre 1897 im ganzen 7885 Ps. (6308 M.) gezahlt, von denen 2826 Ps. für Krankengelder, 2399 Ps. für den Arzt und 2060 Ps. für Arzneien verausgabt wurden.

Auf eine gesetzliche Regelung der K.V. in Spanien scheint fürs erste nicht zu rechnen zu sein.

Literatur.

1) **Conrads** *Handwörterbuch der Staatswissenschaften, 2. Aufl., Jena 1901, Bd. 7, S. 260.*
2) **Bödiker,** *Die Arbeiterversicherung in den europäischen Staaten, Leipzig 1895, S. 110.*
3) **Zacher,** *Die Arbeiterversicherung im Auslande. Berlin 1902, Heft 15, Spanien, S. 3—7.*

Literaturverzeichnis[1]).

Aerztliches Vereinsblatt für Deutschland, Jahrg. I—XXXII, 1872—1903.
Die Arbeiterversorgung, herausgegeben von **P. Honigmann**, *Jahrg. I—XX, 1884—1903.*
J. B. Astor, *Zur Geschichte und Statistik der freien Arztwahl in Berlin, Berlin 1899.*
E. Baumgartner, *Handwörterbuch des gesamten Versicherungswesens, Straßburg 1899.*
Berliner Aerztekorrespondenz.
T. Bödiker, *Die Arbeiterversicherung in den europäischen Staaten, Leipzig 1895.*
G. Bonne, *Vorschläge zur Vereinfachung und zum Ausbau unserer heutigen Arbeiterversicherungen, Dresden 1896.*
Van der Borght, *Artikel „Arbeiterversicherung" in Conrads Handwörterbuch der Staatswissenschaften, 2. Aufl., Jena 1898, Bd. I.*
Derselbe, Die soziale Bedeutung der deutschen Arbeiterversicherung, Jena 1898.
Conrads *Handwörterbuch der Staatswissenschaften, 2. Aufl., Jena 1898.*
Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, Paris 1900, Compte rendu.
Cuylits, *Sur les rapports des médecins avec les mutualités, Ebendas. S. 30.*
M. Ellmann, *Die Lage der Aerzte des Verbandes der Genossenschaftskrankenkassen, Wien. klin. therap. Wochenschr. 1902, No. 13/14.*
Derselbe, Das Verhältnis der Aerzte in Oesterreich zu den Krankenkassen, Mediz. Reform, 1902, No. 29/30.
C. Fiebig und **W. Hanauer,** *Die Krankenkontrolle, Frankfurt a. M. 1903.*
G. Flügge, *Das Recht des Arztes zum Gebrauch für den Arzt, Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg, 1903.*
H. v. Frankenberg, *Die Stellung der Aerzte in der deutschen Arbeiterversicherung (Annalen d. Deutschen Reiches, München, J. Schweitzer, 1902, No. 5).*
K. Frankenstein, *Bibliographie des Arbeiterversicherungswesens im Deutschen Reich, Leipzig 1895.*
Friedeberg *auf dem Kongreß der Krankenkassen in Hannover, Arbeiterversorg., 1902, No. 21, S. 444.*
M. Fürst, *Stellung und Aufgaben des Arztes in der öffentlichen Armenpflege, Jena 1903.*
Geffcken, *Wesen und Grundzüge der deutschen Arbeiterversicherung, Münchn. med. Woch. 1901, No. 48/49.*
Genossenschaftskrankenkassen Wiens, Memorandum der Aerzte des Verbandes der —, Klin. therap. Wochenschr., Wien 1902, No. 13/14.
F. Grimm, *Mißstände der Aerzteversorgung bei den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland, Stuttgart, Stähle & Friedel, 1901.*
J. Grosse, *Die freie Arztwahl bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen, Berlin 1896.*
A. Grotjahn und **F. Kriegel,** *Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiet der sozialen Hygiene und Demographie, Bd. I u. II, Jena 1902 u. 1903.*
Ad. Haeseler, *Der wirtschaftliche Ruin des Aerztestandes, Frankfurt a. M. 1902.*
J. Hahn, *Das Krankenversicherungsgesetz, 2. Aufl., Berlin 1898.*
T. Hampke, *Die deutsche Arbeiterversicherungsgesetzgebung, Hamburg 1902.*
H. Hartmann, *Welche Aussichten haben die Aerzte auf Erfüllung ihrer Wünsche bei der Neuberatung des K.V.G., Leipzig 1902.*

---

1) Da im Text nur ein Teil der benutzten Literatur angeführt werden konnte, so stelle ich hier nochmals die gesamte von mir benutzte Literatur zusammen. (Abschluß des Literaturverzeichnisses im August 1903.)

Hennicke und **Weisker,** *Der Ruin des ärztlichen Standes, „Der Tag", No. 439 vom 5. Oktober 1901.*
R. Henrich, *Die freie Arztwahl im Deutschen Reiche, München 1898.*
W. Heymann, *Praktische Vorschläge zur Richtigstellung der deutschen Krankenkassenstatistik, Leipzig, O. Regel, 1902.*
Hirne, *Die Auswüchse des Krankenkassenwesens in England, Münchn. Med. Woch. 1902, No. 38.*
Höber, *Wirkung des K.V.G. in Bayern, Bayr. ärztl. Korrespondenzbl. 1902, No. 23.*
F. Hoffmann, *Das K.V.G. erläutert, Berlin, 2. Aufl., 1903.*
Honigmann, *Artikel „Krankenversicherung in Deutschland", in Conrads Handwörterb. d. Staatswissensch.*
Hützer und **Mestrum,** *Die freie Arztwahl in Köln, Köln 1899.*
K. Jaffé, *Die Krankenkassen in Hamburg, Aerztl. V.Bl. 1898, No. 387.*
Derselbe, 1. internationaler Kongreß für ärztliche Standesinteressen etc., Münchn. Med. Wochenschr. 1900, No. 34.
Jahresberichte der Behörde für Krankenversicherung (jetzt für das Versicherungswesen) in Hamburg.
H. Kastl, *Wie schützt sich die deutsche Aerzteschaft vor den Folgen der Novelle zum K.V.G., München 1903.*
Kehm, *Artikel „Arbeiterversicherung" in Elsters Wörterbuch der Volkswirtschaft, Jena 1898.*
Knieke, *Die Kassenfrage und das öffentliche Gesundheitswesen in Beziehung zu der sozialpolitischen Gesetzgebung, Berlin 1903.*
P. Köhne, *Krankenversicherungsgesetz, 2. Aufl., Stuttgart 1892.*
Korrespondenzblätter des Allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen, Jahrg. I—XXXII, 1872—1903.
Korrespondenz des Verbandes der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, Leipzig 1901—1903.
Krankenkassen Deutschlands, Protokoll über die Verhandlungen des Allgemeinen Kongresses der —, I. u. II. Kongreß, Berlin 1899 u. 1903.
Krankenkassenzeitung, deutsche —.
Krecke, *Ueber die Ziele des Leipziger Verbandes, Münchn. Med. Woch. 1902, No. 19.*
Krug, *Die Krankenkassen des Großherzogtums Hessen im Jahre 1899. Desgl. im Jahre 1900, Mainz 1901 u. 1902.*
K. Lamp, *Das Oesterreichische K.V.G. und die Praxis, Leipzig 1901.*
L. Lass und **Fr. Zahn,** *Einrichtung und Wirkung der Deutschen Arbeiterversicherung, 2. Ausg., Berlin 1902.*
Lechler, *Arzt und Krankenkasse, Münchn. med. Wochenschr. 1902, No. 21 ff.*
G. Liebe, P. Jacobsohn und **G. Meyer,** *Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege, Bd. II, Berlin 1899—1903.*
Lindemann, *Der ärztliche Stand und die deutsche Arbeiterversicherung, Augsburg 1901.*
H. Mattutab, *Die Krankenversicherung der Dienstboten etc., Soziale Praxis, Bd. XII, 1902, No. 8.*
Medizinische Reform, Jahrgang I—XI, 1893—1903.
Mende, *Spezielle Krankenversorgung für Bergarbeiter, in Handb. d. Krankenversorg. etc., Bd. II, 2. Abt., S. 67 ff.*
Die Krankenpflege, herausgegeben von M. Mendelsohn, Berlin.
A. Moll, *Aerztliche Ethik, Stuttgart 1902.*
O. Mugdan, *Das K.V.G., Kommentar für Aerzte, Leipzig 1900.*
Derselbe, Die freie Arztwahl in Berlin, Berlin 1895, desgl. Berlin 1903.
Derselbe, Spezielle Krankenversorgung für Arbeiter in Krankheitsfällen, in Handb. d. Krankenvers., Bd. II.
Derselbe, Spezielle Krankenversorgung für Dienstboten, in Handb. d. Krankenvers., Bd. II.
Derselbe, Aerztliche Betrachtungen üker das geplante schweizerische Krankenversicherungsgesetz, Deutsche med. Wochenschr. 1899, No. 8.
v. d. Osten, *Die Arbeiterversicherung in Frankreich, Leipzig 1884.*
Oesterreichische Aerztekammern, Memorandum der — in Angelegenheit der Krankenversicherungsreform, Wien 1901.
Dieselben, Denkschrift der —, Brünn, o. J. (1897).
Aerztekammer für Niederösterreich mit Ausnahme von Wien, Rechenschaftsbericht über die Tätigkeit der —, während ihrer 2. dreijähr. Funktionsperiode, 1897—1900, Mödling 1902.
Dieselbe, Bericht über das Resultat der Erhebungen über das Verhältnis zwischen den Kassenärzten und Krankenkassen etc., Mödling 1899.
J. Pagel, *Medizinische Deontologie, Berlin 1897.*

Th. Petersen, *Das K.V.G., 4. Aufl., Hamburg 1902.*
L. Pfeiffer, *Status praesens der Krankheitskosten und Arztkosten bei den Krankenkasssen des Deutschen Reiches, Korrespondenzbl. d. Allg. ärztl. Vereins von Thüringen, 1902, No. 3/4.*
A. Reger und **J. Henle,** *Handausgabe des K.V.G., 5. Aufl., Ansbach 1898.*
G. J. Rosenberg, *Zur Arbeiterschutzgesetzgebung in Rußland, Leipzig 1895.*
H. Rosin, *Das Recht der Arbeiterversicherung, Berlin 1893.*
E. Roth, *Bibliographie zur speziellen Krankenversorgung, in Handb. d. Krankenversorg., Bd. II, 1903.*
Schaeffle, *Artikel „Arbeitersicherung“ in Conrads Handwörterbuch der Staatswissenschaften, Bd. I, Jena 1890.*
K. v. Schicker, *Das K.V.G und das Hilfskassengesetz, 2. Aufl., Stuttgart 1893.*
(Ad. Smith), The battle of the Clubs, Lancet 1895—1902.
Soziale Praxis, herausgegeben von Dr. Francke.
Straßburger ärztliche Mitteilungen, herausgegeben von W. Back, Jahrg. I—IV, Straßburg 1900—1903.
M. Sussmann, *Zur Reform des Krankenkassenwesens, Wriezen, o. J. (1902).*
J. Thiersch, *Der Kassenarzt, Leipzig 1895.*
Trilling, *Die soziale Frage der deutschen Aerzte etc., Leipzig 1895.*
Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung, herausgegeben von E. Wendlandt, Jahrg. I—IX, 1895—1903.
Völsch, *Die Frage der freien Arztwahl, Königsberg 1896.*
W. Weressajew, *Beichten eines praktischen Arztes, Leipzig 1902.*
R. Weyl, *Lehrbuch des Reichsversicherungsrechtes, Leipzig 1894.*
Wilmanns, *Krankenkassen und Krankenhäuser größerer Betriebe, Berlin 1901.*
E. v. Woedtke, *Krankenversicherungsgesetz, 5. Aufl., Berlin 1896.*
Zacher, *Leitfaden zur Arbeiterversicherung des Deutschen Reiches, Berlin, 1902.*
Derselbe, Die Arbeiterversicherung im Auslande, Heft I—XVI, Berlin 1898—1903.
Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen in Düsseldorf, Vorbericht für die Konferenz der — am 22./23. April 1895, Berlin 1895.
G. Zepler, *Die Lage der Aerzte und ihr Verhältnis zu den Krankenkassen, Berlin 1903.*

I. Personenregister.

(Die Zahlen geben die Seiten an.)

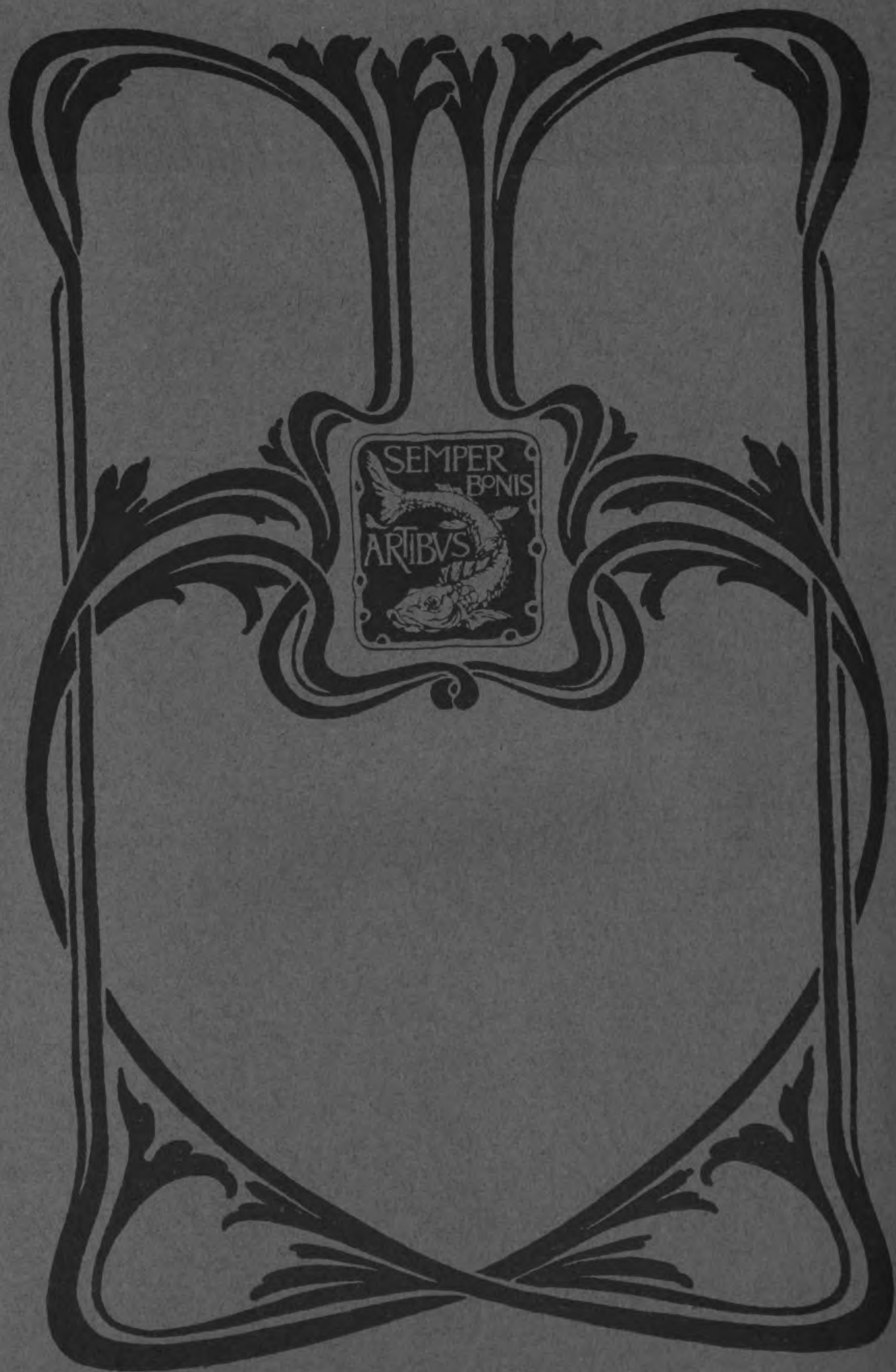
II. Länder- und Ortsregister.

III. Sachregister.

Druckfehler und Nachträge.

S. 7, Z. 26 v. u. ist nach „Erkrankung“ einzufügen: „und bei Fortdauer der Erkrankung“.
S. 9, Z. 9 v. u. sind die Worte: „nach Anhörung der Gemeindebehörde“ zu streichen.
S. 57, Z. 16 v. o. ist hinter „monatlich“ zu setzen: „in Zukunft 1,60 M.“
S. 57, Z. 28 v. o. ist hinter „8 M.“ zu setzen: „jetzt 10,60 M.“
S. 57, Z. 30 nach „Aerzten“ ist hinzuzufügen: „Auch in Dresden, Karlsruhe und Stuttgart bestehen jetzt ähnliche Dienstbotenkrankenkassen“ (vergl. Arbeiterversorgung 1903, No. 22, S. 532).
S. 115, Z. 25 v. u. ist hinzuzufügen: „Arzneiverordnungsbuch für die Krankenkassen Berlins. Berlin 1903“.
S. 149, Z. 25 v. u. ist nach „Kottbus“ hinzuzufügen: (jetzt in Magdeburg).

Frommannsche Buchdruckerei (Hermann Pohle) in Jena — 2533


SEMPER
BONIS
ARTIBVS


SEMPER
BONIS
ARTIBVS

